

# ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

Vyplňte, prosíme pečlivě, informace jsou součástí zdravotní dokumentace. Informace podléhají lékařskému tajemství a zaručujeme jejich ochranu.

**Příjmení, jméno, titul**.....

**Rodné číslo** ..... **Datum narození**.....

**Pojišťovna** .....

**Ulice** ..... **PSC** ..... **Město**.....

**E-mail** ..... **Telefon** .....

**Odkud jste se o nás dozvěděli ?** .....

Pokud dojde ke změně mého zdravotního stavu či změně v užívaných lécích, budu o těchto skutečnostech informovat svého zubního lékaře bezprostředně při nejbližší návštěvě.

Zdravotní stav. Zakroužkujte prosím hodící se odpověď.

<b>berete léky na ředění krve</b>	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
vysoký tlak	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
onemocnění a operace srdce (infarkt myokardu, angina pectoris, vrozené srdeční vady, umělá srdeční chlopeč, stav po bakteriální endokarditis)	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
choroby cév	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
kardiostimulátor, defibrilátor, by-pass	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
mrtvice	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
onemocnění jater	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
onemocnění ledvin	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
epilepsie	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
astma	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
poruchy imunitního systému	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
diabetes (cukrovka) užíváte injekčně inzulin nebo tablety, dietu?	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
Krevní choroby (chudokrevnost, leukemie, poruchy srážlivosti)	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
hepatitis (žloutenka)	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
HIV/AIDS	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
tuberkulóza	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
chemoterapie	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
radioterapie	<b>ANO</b>	<b>NE</b>
onemocnění štítné žlázy	<b>ANO</b>	<b>NE</b>

duševní poruchy **ANO NE**  
neurologická onemocnění **ANO NE**  
migréna **ANO NE**  
onemocnění žaludku a střev **ANO NE**  
Jste alergik? **ANO NE**

uved'te .....

1. Nesnášenlivost léků (Penicilin, Tetracyklin, jiné vypište).....  
**ANO NE**
2. Anestetika (uved'te).....  
**ANO NE**
3. Dezinfekční prostředky (uved'te), př. : jód, chlór .....
4. Kovy a plasty, latex (uved'te).....  
**ANO NE**

**JINÉ ZÁVAŽNÉ ZDRAVOTNÍ OBTÍŽE**.....

léky, které užívám .....

Kouříte? **ANO NE** Kolik cigaret denně? .....

Máte implantát? **ANO NE**  
Měl/a jste rovnátka? Fixní? Snímatelná? **ANO NE**  
Trhali Vám zuby moudrosti (osmičky)? **ANO NE**  
Měl/a jste úraz zubů? **ANO NE**  
Máte problémy s čelistním kloubem  
(bolest, přeskokování, omezené otvírání úst)? **ANO NE**

Byl Váš poslední termín preventivní prohlídky před méně než 6 měsíci? **ANO NE**

Pro ženy:

Jste těhotná? **ANO NE** V kterém měsíci? ..... Kojíte? **ANO NE**

Užíváte antikoncepci? **ANO NE** Jakou? .....

Sjednaný čas Vašeho ošetření může být posunut, vyvstane-li nepředpokládaná okolnost při ošetření.  
Neprodleně budete informováni.

Podrobnou informaci k cenám Vám podá zubní lékař. V případě Vašeho zájmu s Vámi probere celkový cenový a časový plán ošetření. Platby se realizují v hotovosti nebo platebními kartami.

UPOZORŇUJEME KLIENTY, ŽE NEBUDE-LI OBJEDNANÝ TERMÍN ZRUŠENÝ MIN. 24 HODIN PŘEDEM, JSME OPRÁVNĚNI ÚČTOVAT NÁHRADU ČASOVÉ ZTRÁTY 800Kč. ZA OPAKOVANÉ RUŠENÍ A NEDODRŽENÍ OBJEDNACÍCH TERMÍNŮ BUDETE VYŘAZENI Z EVIDENCE ZUBNÍ ORDINACE.

Prohlašuji, že jsem sdělil/a veškeré okolnosti, týkající se mého zdravotního stavu a nezamlčel/a jsem nic, co by mohlo negativně ovlivnit léčbu a výkon.

V Praze .....

Podpis .....