![sketch1550700370001-01[197]u]()

**WWW.PROFIDENTIST.CZ | +420 608553348 | profidentist.cz@gmail.com| IČ: 05377528**

**ProfiDentist s.r.o, Zdeňka Chalabaly 3041/2, Bělský Les, 70030 Ostrava**

**Ošetřující lékař | Taras Parkhoma**

**ANAMNESTICKÝ ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK**

Vážení pacienti,

Žádáme Vás o pečlivé vyplnění tohoto zdravotního dotazníku, který nám pomůže co nejlépe ošetřit Váš chrup na základě informací o Vašem zdravotním stavu. Kterékoliv onemocnění může mít vliv na vaše ošetření zubním lékařem. (např. lokální anestézie, antibiotika, chirurgické zákroky apod.)

Dotazník se stává nedílnou součástí Vaší zdravotní dokumentace a informace v něm obsažené podléhají lékařskému tajemství.

V případě, že u Vás dojde k jakékoliv změně ve vašem zdravotním stavu a v užívání léků je Vaší povinností nás o této změně neprodleně informovat!

Titul | Jméno | Příjmení ……………………………………...……………………................

Rodné číslo……..………………..............Datum narození………………….....................

Adresa trvalého bydliště|PSČ ..……………………………..………...........................................................

Telefonický kontakt | mobil..….....……....…….........….E-mail..……..……………...........

Zdravotní pojišťovna……………………..Státnípříslušnost..…….........................……...

Povolání……………………………. Zaměstnavatel…..…...................….………........….

**- zakroužkujte, případně vyberte/vypište správnou odpověď-**

Prodělal/a jste nebo právě probíhá některá z následujících chorob?

Vysoký krevní tlak, infarkt myokardu, angina pectoris, vrozené srdeční vady, umělá srdeční chlopeň, stav po bakteriální endokarditis? **ano ne**

Jste nositel kardiostimulátoru, defibrilátoru, by-passu, umělé kloubní náhrady?

**ano ne**

Krevní choroby (chudokrevnost, leukemie, poruchy srážlivosti) **ano ne**

Choroby štítné žlázy (zvýšená funkce, snížená funkce, záněty)**ano ne**

Cukrovka (pokud ano, uveďte, zda užíváte injekčně inzulin, nebo tablety, dietu.)

**ano ne**

Choroby žaludku (vředy) a střev **ano ne**

Choroby jater (žloutenka- jaký typ, cirhóza) **ano ne**

Choroby ledvin **ano ne**

Choroby plic (astma průdušek) **ano ne**

Poruchy imunitního systému **ano ne**

Nádorové onemocnění (ozařování, chemoterapie) **ano ne**

Epilepsie (s léky, bez) **ano ne**

Revmatické nemoci **ano ne**

Infekční onemocnění (HIV, pohlavní nemoci, žloutenka, tuberkulóza) **ano ne**

Jiné např.: psychiatrické onemocnění, šedý oční zákal, zelený oční zákal) **ano ne**

Uveďte rok/měsíc, kdy jste byl/a naposledy na prevenci u zubního lékaře.................

Jste alergik?

 Nesnášenlivost léků (Penicilin, Tetracyklin, jiné vypište) **ano ne**

 Anestetika (uveďte) **ano ne**

 Dezinfekční prostředky (uveďte), např.: jód, chlór... **ano ne**

 Kovy a plasty (uveďte) **ano ne**

Léčíte se s něčím, co není uvedeno v tomto dotazníku? Pokud ano, napište s čím **ano ne**

…………………………………………………………………………………………………………..............................................……….................................................................

Užíváte léky? Pokud ano, vypište:

...............................................................................................................................................................................................................................................................................

Jste kuřák? **ano ne**

Kolik cigaret denně………..................? Jak dlouho…...........…….…?

Užíváte drogy? Uveďte jaké…………........................................................... **ano ne**

Ženy: jste těhotná? Ve kterém týdnu?.......................................................... **ano ne**

Máte problémy s čelistním kloubem? (bolest, přeskakování, omezené otvírání úst) **ano ne**

Nosil/a jste rovnátka? Fixní? Snímací? **ano ne**

Prodělal/a jste operace dutiny ústní, čelistí, obličeje? **ano ne**

**Podpisem tohoto dotazníku pacient stvrzuje, že údaje v něm uvedené jsou pravdivé a úplné a informacím v tomto dotazníku uvedeným rozumí.**

V Ostravě dne ......................................

................................................. ……………………………………….

Poskytovatel Příkazce (pacient)