

Zdravotní dotazník pacienta

Vážený kliente, dovoluujeme si Vás požádat o vyplnění údajů, které se týkají Vašeho zdraví. Pomůžete nám při naší snaze o zajištění co nejlepší péče. Všechny sdělené skutečnosti jsou předmětem lékařského tajemství a nebudou použity mimo naši kliniku. Důvěrné údaje můžete také sdělit lékaři při osobním pohovoru.

Jméno a příjmení, titul: **Rodné číslo:**

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

- | | | | |
|---|-----|----|--------------|
| 1. Choroby srdce a cév (vysoký krevní tlak, angina pectoris) | ANO | NE | |
| 2. Jste nositel kardiostimulátoru, defibrilátoru ? | ANO | NE | |
| 3. Trpíte krvácivými chorobami nebo máte léky upravenou srážlivost krve ? | ANO | NE | |
| 4. Choroby štítné žlázy (zvýšená funkce, snížená funkce) | ANO | NE | |
| 5. Diabetes mellitus – cukrovka | ANO | NE | |
| 6. Choroby plic (astma průdušek) | ANO | NE | |
| 7. Epilepsie | ANO | NE | |
| 8. Infekční onemocnění (HIV, žloutenka...) | ANO | NE | |
| 9. Osteoporóza | ANO | NE | |
| 10. Prodělal/a jste radioterapii nebo chemoterapii? | ANO | NE | Kdy: |
| 11. Trpíte nějakým dalším onemocněním? | ANO | NE | Jaká?: |

Jste alergik?

- | | | | |
|---------------------------|-----|----|--|
| 1. Nesnášenlivost léků | ANO | NE | Kroužkujte: Penicilin, Tetracyklin, Acylpyrin, |
| 2. Anestetika | ANO | NE | Jaká? |
| 3. Dezinfekční prostředky | ANO | NE | Kroužkujte nebo doplňte: JÓD, |
| 4. Kovy a plasty | ANO | NE | Kroužkujte nebo doplňte: LATEX, |

Užíváte léky? ANO NE **Pokud ano, vypište jaké:**

Kouříte? ANO NE

ŽENY: Jste těhotná? ANO NE **Ve kterém týdnu?:**

Naši kliniku jste kontaktovali na základě info: RODINY ZNÁMÉHO ZAMĚSTNANCE Apollonie

TIP: Můžete vybrat více možností ...

Z internetu: Google Seznam.cz Facebook Instagram
Benefity CZ Benefity-plus.cz Pluxee

Jinak:

Pokud se z jakéhokoli důvodu nemůžete dostavit na plánovanou návštěvu v naší ordinaci, prosíme Vás, abyste se v předstihu omluvili (telefonicky, SMS, osobně). Váš termín budeme moci nabídnout jinému pacientovi. Svým níže uvedeným podpisem stvrzuji, že uvedené údaje jsou pravdivé. Pokud dojde ke změně mého zdravotního stavu či změně v užívaných lécích, budu o těchto skutečnostech informovat svého zubního lékaře bezprostředně při nejbližší návštěvě.

DĚKUJEME VÁM ZA VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU

Datum:

Podpis: