

Anamnestický dotazník

Pouze pro potřeby zubní ordinace MDDr. Prokopa Stralczyńskiego

Jméno, příjmení	
Zdravotní pojišťovna	Rodné číslo
Telefon (mobil)	Email
Adresa (trvalá)	
Jméno praktického lékaře	Další ošetřující specialista
Náhradní kontaktní osoba v příp. nutnosti zanechání vzkazu (nemoc lékaře, nutnost změny termínu)	
Jméno	Telefon

,Léčíte se nebo jste se léčil/a s nějakou z následujících chorob?

Pokud ano, zaškrtněte políčko, případně doplňte podrobnosti.

Cukrovka	Vysoký krevní tlak	Nemoci jater
Astma	Krvácivé stavy	Nemoci plic
Epilepsie	Nemoci srdce	Rakovina
HIV	Nemoci žaludku	Jiná onemocnění
Žloutenka	Osteoporóza	
Probíhá v současné době nějaká další léčba? Jaká?		
Proběhla hospitalizace v průběhu posledních 2 let? Důvod?		
Užíváte aktuálně nebo pravidelně nějaké léky? (vč. antikoncepce) Jaké?		
Užíváte léky na ředění krve? Jaké?		
Máte alergii nebo proběhla alergická či nežádoucí reakce na kovy, léčiva (např. antibiotika) nebo anestetika? Upřesněte:		
Úrazy a operace (především zubů, čelistí)		
Komplikace při ošetření zubním lékařem v minulosti?		
Navštěvujete parodontologa, ortodontistu či hygienistku?		
Jste v transplantačním programu? Užíváte imunosupresiva?		
Potřebujete antibiotickou profylaxi? (určuje praktický lékař nebo internista)		
Jste těhotná? Který týden?	Kojíte?	
Kouříte? Kolik denně?	Užíváte drogy?	
Kdy jste byl/a naposledy u zubaře? (rok)	Jméno lékaře:	
Máte aktuálně nějaký problém se zuby?		
Máte na mě nějaké speciální požadavky? (ošetření jen na pojišťovnu/to nejkvalitnější/jiné?)		

Datum: _____ podpis pacienta/rodiče nebo zákonného zástupce (i HŮLKOVÝM PÍSMEM)