



Anamnestický dotazník

Příjmení: Jméno: Titul: Rodné číslo:
Zdravotní pojišťovna: Povolání: Bydliště:
Telefon: Email:

Od koho jste doporučen:

U jakého Stomatologa jste registrován/kontakt-tel., email/datum poslední návštěvy:

Zákonný zástupce u nezletilých – Jméno/Telefonní kontakt/email:

1, Měl/a jste někdy alergii na léky, pyl, prach, chemické látky, aj.? ANO NE

Pokud ano, jaké?

2, Trpíte zvýšenou krvácivostí? (například při drobném poranění). ANO NE

3, Užíváte nějaké léky ovlivňující krevní srážlivost

(tzv. Na ředění krve jako Anopyrin, Warfarin, a podobně) ANO NE

Pokud ano, které?

4, Trpíte na diabetes mellitus/popř. jaký typ?

5, Trpíte nějakým neurologickým onemocněním záchvatovitým (např. epilepsie) nebo spojené s poruchou hybnosti a polykání (obrna, roztroušená skleróza, a podobně) ANO NE

Pokud ano, na jaké onemocnění?

6, Máte kardiostimulátor? ANO NE

7, Jste HIV pozitivní? ANO NE

8, Jste pozitivní na hepatitidu A, B, C? ANO NE

9, Trpíte bronchiálním astmatem? ANO NE

10, Kouříte? (počet cigaret) ANO NE

11, Pro ženy: Jste nyní těhotná? ANO NE

12, Jiné onemocnění, kterým trpíte?

- Souhlasím se storno poplatkem za omluvenou/nepříchodí návštěvu méně, než 24 hodin před ošetřením, podle aktuálních obchodních podmínek a ceníku ordinace uvedený na www.zubylucie.cz, Ordinance Zubní hygieny.

- Prohlašuji, že jsem si vědom/a důležitosti výše poskytnutých informací pro mé správné léčení, odpověděl/a jsem proto úplně a pravdivě na všechny otázky a nezatajil/a žádné informace o mém zdravotním stavu.

- Dotazník je součástí Vaší zdravotní dokumentace a informace v něm obsažené podléhají lékařskému tajemství.

- V případě jakýchkoli změn Vašeho zdravotního stavu, nebo užívání léků nás prosím neprodleně informujte.

- Prohlašuji, že dentální hygiena je v souladu s léčebným plánem mého zubního lékaře a přicházím na jeho doporučení (ústní či písemné).

- Souhlasím se zpracováním osobních údajů (GDPR), viz. www.zubylucie.cz, Ordinance Zubní hygieny.

Datum:

Podpis: