

## Anamnestický dotazník

### dospělí

Vyplněním tohoto dotazníku nám pomůžete co nejlépe ošetřit Váš chrup na základě důležitých informací o Vašem zdravotním stavu. Dotazník se stává součástí Vaší zdravotní dokumentace, neslouží k jinému účelu a informace v něm obsažené podléhají lékařskému tajemství.

**V případě jakýchkoli změn Vašeho zdravotního stavu, nebo užívání léků, informujte prosím neprodleně svého ošetřujícího zubního lékaře!**

### 1 Osobní informace

Příjmení, jméno, titul .....

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

Zdravotní pojišťovna .....

Adresa bydliště .....

Číslo mobilního telefonu ..... E-mail .....

Jméno praktického lékaře .....

Jméno předešlého zubního lékaře .....

### 2 Zdravotní stav

#### 2.1 Léčíte se v současné době s něčím?

Ano Ne

Pokud ano, tak s čím .....

#### 2.2 Byl(a) jste v posledních dvou letech hospitalizován(a)?

Ano Ne

Důvod .....

#### 2.3 Užíváte aktuálně nebo pravidelně některé z následujících léků?

<b>Antibiotika</b>	Ano	Ne	<b>Léky na uklidnění</b>	Ano	Ne
<b>Léky na ředění krve</b>	Ano	Ne	<b>Inzulín</b>	Ano	Ne
<b>Acylpyrin</b>	Ano	Ne	<b>Kortikoidy / steroidy</b>	Ano	Ne
<b>Léky na tlak</b>	Ano	Ne	<b>Léky na štítnou žlázu</b>	Ano	Ne
<b>Léky na srdce</b>	Ano	Ne	<b>Antihistaminika</b>	Ano	Ne
<b>Nitroglycerin</b>	Ano	Ne	<b>Antikoncepce</b>	Ano	Ne

#### 2.4 Jste alergik, anebo jste měl(a) reakci na následující?

<b>Lokální anestezie</b>	Ano	Ne	<b>Acylpirin</b>	Ano	Ne
<b>Sedativa</b>	Ano	Ne	<b>Analgetika</b>	Ano	Ne
<b>Penicilin / jiná antibiotika</b>	Ano	Ne	<b>Jiné alergie: potraviny, léky, apod.</b>	Ano	Ne
Upřesněte.....		Upřesněte.....			

#### 2.5 Léčíte se s některou z následujících diagnóz?

<b>ONEMOCNĚNÍ SRDCE</b>			<b>KOSTI / SVALY</b>		
<b>Revmatická horečka</b>	Ano	Ne	<b>Artrida / revmatismus</b>	Ano	Ne
<b>Angina pectoris</b>	Ano	Ne	<b>Umělé klouby</b>	Ano	Ne

<b>Infarkt myokardu</b>	Ano	Ne			
<b>Vysoký krevní tlak</b>	Ano	Ne	<b>KREV</b>		
<b>Vrozené srdeční vady</b>	Ano	Ne	<b>Chudokrevnost - anemie</b>	Ano	Ne
<b>Umělá chlopeň</b>	Ano	Ne	<b>Porucha krevní srážliv. - hemofilie</b>	Ano	Ne
<b>Kardiostimulátor</b>	Ano	Ne	<b>Cévní onemocnění</b>	Ano	Ne
<b>Operace srdce</b>	Ano	Ne			
			<b>OSTATNÍ</b>		
<b>ENDOKRINOLOGIE</b>			<b>Epilepsie</b>	Ano	Ne
<b>Cukrovka - diabetes</b>	Ano	Ne	<b>Závratě / mdloby</b>	Ano	Ne
<b>Cukrovka v rodině</b>	Ano	Ne	<b>Psychiatrická léčba</b>	Ano	Ne
<b>Onemocnění štít. žlázy</b>	Ano	Ne	<b>Onkologické onemocnění</b>	Ano	Ne
			<b>Chemoterapie</b>	Ano	Ne
<b>ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍCH CEST</b>			<b>Ozařování</b>	Ano	Ne
<b>Tuberkulóza</b>	Ano	Ne	<b>Hepatitida - žloutenka A, B, C</b>	Ano	Ne
<b>Emfyzém plic</b>	Ano	Ne	<b>HIV pozitivita</b>	Ano	Ne
<b>Astma</b>	Ano	Ne	<b>AIDS</b>	Ano	Ne
Jiná onemocnění? Upřesněte .....					

**2.6 Jste těhotná?** Ano Ne  
Pokud ano, kolik měsíců? .....

**2.7 Potřebujete antibiotickou profylaxi? (určuje praktický lékař nebo internista)** Ano Ne  
Důvod .....

**2.8 Jste v transplantač. programu nebo po transplantaci? Užíváte imunosupresivní léky?**  
Ano Ne Ano Ne

**2.9 Kouříte? Kolik cigaret za den?** Ano Ne  
Ano Ne ..... **Pijete alkohol?** Ano Ne  
**Užíváte drogy?** Ano Ne

### 3 Zubní péče

**3.1 Býváte nervózní z ošetření u zubaře?** Ano Ne

**3.2 Byl Váš poslední termín preventivní prohlídky před méně než 6ti měsíci?** Ano Ne

**3.3 Prodělal(a) jste v minulosti úraz nebo operaci hlavy, čelistí, zubů?** Ano Ne  
Upřesněte .....

**3.4 Měl(a) jste někdy zvýšené krvácení po extrakci zubu?** Ano Ne  
Upřesněte .....

**3.5 Léčil(a) jste se někdy s onemocněním parodontu (problémy s dásněmi)?** Ano Ne  
Jméno parodontologa .....

### 3.6 Léčil(a) jste se někdy na ortodontcii (rovnátka)?

Ano Ne

Jméno ortodontisty .....

### 3.7 Máte nyní, nebo jste měl(a) v minulosti následující problémy?

#### ÚSTA

**Krvácení / zánět dásní** Ano Ne

**Zápach z úst** Ano Ne

**Puchýře - ústa / rty** Ano Ne

**Vyrážka v ústech** Ano Ne

**Citlivost na skousnutí** Ano Ne

**Vady skusu** Ano Ne

**Potíže s otevíráním / zavíráním úst** Ano Ne

**Nosil(a) jste ortodont. aparát - rovnátka** Ano Ne

#### ZUBY

**Uvolněné zuby** Ano Ne

**Citlivost na teplé / horké podněty** Ano Ne

**Citlivost na studené podněty** Ano Ne

**Citlivost na sladké podněty** Ano Ne

**Skřípání, zatínání zubů** Ano Ne

## 4 Zubní hygiena

Používáte následující pomůcky?

Zubní kartáček Ano Ne Jaký? měkký střední tvrdý

Mezizubní kartáčky Ano Ne

Zubní niť Ano Ne

Jiné .....

Jak často si čistíte zuby? .....

## 5 Organizační informace

Souhlasím se zasíláním informačních zpráv (e-mail a SMS) s připomenutím termínu objednání

Ano Ne

**Pokud se z jakéhokoli důvodu nemůžete dostavit na plánovanou návštěvu v naší ordinaci (včetně dentální hygieny), prosíme Vás, abyste se v předstihu omluvili (telefonicky, SMS, e-mailem, osobně). Váš termín tak budeme moci ihned díky flexibilnímu systému objednávání nabídnout jinému pacientovi. Věříme, že Vaše včasná omluva přispěje ke kratším objednacím lhůtám všech pacientů.**

Zároveň si Vás dovoluujeme upozornit, že pokud se dvakrát po sobě nedostavíte na plánovaný termín bez omluvy, budeme nuceni po Vás požadovat finanční náhradu za promarněný čas dle aktuálního ceníku, a po třetí neomluvené absenci budete písemně vyrozuměni o vyřazení z naší evidence z důvodu nedodržování léčebného plánu.

Svým podpisem stvrzuji, že mnou vyplněné údaje jsou pravdivé, seznámil(a) jsem se a souhlasím s podmínkami ošetření, a informacím zde uvedeným rozumím.

Datum ..... Podpis .....