

## Anamnestický dotazník

### děti

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

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

## 1 Osobní informace

### 1.1 Dítě

Příjmení, jméno .....

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

Zdravotní pojišťovna .....

Adresa bydliště .....

Jméno pediatra .....

Jméno předešlého zubního lékaře .....

Škola .....

### 1.2 Matka

Příjmení, jméno, titul .....

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

Povolání .....

Pravidelné návštěvy u zubního lékaře      2x ročně      1x ročně      méně často

### 1.3 Otec

Příjmení, jméno, titul .....

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

Povolání .....

Pravidelné návštěvy u zubního lékaře      2x ročně      1x ročně      méně často

## 2 Zdravotní stav

### 2.1 Průběh těhotenství a porodu

Závažná infekce matky v těhotenství      Ano      Ne  
Pokud ano, tak jaká .....

Léčba antibiotiky v průběhu těhotenství      Ano      Ne

Komplikovaný průběh porodu (přidušení dítěte, porod kleštěmi, vakuum extraktorem, předčasný porod, nízká porodní hmotnost)      Ano      Ne

### 2.2 Celková onemocnění dítěte

**Alergie**      Ano      Ne      Jaká .....

<b>Nesnášenlivost léků</b>	Ano	Ne	Jaká .....				
<b>Vysoký krevní tlak</b>	Ano	Ne	Hodnota .....				
<b>Hepatitida - žloutenka</b>	Ano	Ne	Typ	A	B	C	
<b>Astma / nemoci dýchacích cest</b>	Ano	Ne					
<b>Cukrovka</b>	Ano	Ne	tablety / injekce .....				
<b>Častější krvácení</b>	Ano	Ne	léčené			Ano	Ne
<b>Epilepsie</b>	Ano	Ne	s léky / bez léků				
<b>Hemofilie</b>	Ano	Ne	<b>Mononukleóza</b>			Ano	Ne
<b>Revmatická horečka</b>	Ano	Ne	<b>Nádorové onemocnění</b>			Ano	Ne
<b>Srdeční onemocnění, operace srdce, kardiostimulátor</b>						Ano	Ne
<b>Jiné onemocnění</b> .....							
<b>Dlouhodobě užívané léky</b> .....							

### 2.3 Rodinné anamnestické údaje

Dědičná a závažná onemocnění rodičů a sourozenců .....

### 2.4 Prodělalo dítě v minulosti úraz nebo operaci hlavy, čelistí, zubů?

Ano Ne

Upřesněte .....

### 2.5 Má dítě rozštěpovou vadu?

Ano Ne

Upřesněte .....

### 2.6 Potřebuje dítě antibiotickou profylaxi? (určuje praktický lékař nebo internista)

Ano Ne

Důvod .....

## 3 Zubní péče

### 3.1 Bývá dítě nervózní z ošetření u zubaře?

Ano Ne

### 3.2 Mělo dítě větší problémy při ošetření zubním lékařem v minulosti?

Ano Ne

### 3.3 Byl poslední termín preventivní prohlídky před méně než 6ti měsíci?

Ano Ne

### 3.4 Léčilo se Vaše dítě někdy na ortodontii (rovnátka)?

Ano Ne

Jméno ortodontisty .....

## 4 Zubní hygiena

Používá Vaše dítě následující pomůcky?

Zubní kartáček                      Ano      Ne              Jaký?              měkký      střední      tvrdý

Mezizubní kartáčky                  Ano      Ne

Zubní niť                                  Ano      Ne

Jak často si Vaše dítě čistí zuby? .....

