

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

Dentální hygiena Bc. Kateřina Andrejová, Akademika Heyrovského 1178/6, 500 03 Hradec Králové

Prosím pečlivě vyplňte všechny údaje. Informace slouží k přizpůsobení ošetření Vašemu zdravotnímu stavu. Kterékoliv onemocnění může mít vliv na Vaše ošetření.

Osobní údaje

Jméno, příjmení a případně titul _____

Rodné číslo: _____ Telefon: _____ Zdravotní pojišťovna: _____

Adresa: _____

Váš poslední ošetřující zubní lékař: _____ E-mail: _____

Zdravotní stav (označte, co se Vás týká)

Obecná onemocnění

- ☐ Onemocnění dýchacích cest (astma apod.)
- ☐ Tuberkulóza
- ☐ Onemocnění jater / prodělaná žloutenka
- ☐ Onemocnění štítné žlázy
- ☐ Vysoký krevní tlak
- ☐ Vysoký cholesterol
- ☐ Revmatismus
- ☐ Epilepsie
- ☐ Cukrovka / diabetes
- ☐ Onemocnění ledvin
- ☐ Onemocnění žaludku

- ☐ Reflux
- ☐ Poruchy trávení a zažívání
- ☐ Poruchy imunitního systému
- ☐ Duševní onemocnění
- ☐ Nádorové onemocnění / onkologická léčba
- ☐ HIV / AIDS
- ☐ Problém s čelistním kloubem
- ☐ Silný dávivý reflex
- ☐ Nosil/a jsem rovnátka

Krevní choroby

- ☐ Chudokrevnost
- ☐ Porucha srážlivosti krve
- ☐ Leukémie
- ☐ Trombóza

Onemocnění srdce

- ☐ Vrozená srdeční vada
- ☐ Nedomykavost chlopní
- ☐ Arytmie
- ☐ Angina pectoris
- ☐ Endokarditida
- ☐ Kardiostimulátor
- ☐ Defibrilátor

Jiná onemocnění / léčba (uvedte): _____

Léčíte se s něčím, co není uvedeno výše? Pokud ano, napište s čím: _____

Užívané léky, alergie a další informace

Uvedte všechny léky, které v současné době užíváte: _____

Projevila se u Vás někdy alergie? ☐ Ne ☐ Ano

Jaká: _____

Užíváte návykové látky? ☐ Ne ☐ Ano

Kouříte? ☐ Nekuřák ☐ Slabý kuřák ☐ Silný kuřák

Ženy: jste těhotná? ☐ Ne ☐ Ano, týden: _____

Máte potíže se žvýkáním / polykáním / kousáním? ☐ Ne ☐ Ano

Prodělal/a jste operace (hlava / srdce apod.)? ☐ Ne ☐ Ano, jaké: _____

Zubní hygiena

Jste na dentální hygieně poprvé? ☐ Ano ☐ Ne

Používáte: ☐ Zubní kartáček ☐ Mezizubní kartáčky ☐ Zubní nit ☐ Ústní voda

Doplňující informace: _____

Storno / nedostavení se

Beru na vědomí, že jsem povinen/povinna dostavit se na sjednaný termín ošetření a dodržovat léčebný plán navržený dentální hygienistkou.

Pokud se na sjednaný termín bez včasné a prokazatelné omluvy (nejpozději 24 hodin předem e-mailem nebo SMS) nedostavím, zavazuji se nahradit vzniklou škodu dle aktuální minutové kalkulace a dle plánovaného výkonu.

Toto stvrzuji svým podpisem níže.

Souhlas a GDPR

Vaše údaje jsou součástí zdravotní dokumentace a podléhají lékařskému tajemství. Správcem osobních údajů je Bc. Kateřina Andrejová. Údaje jsou zpracovávány za účelem poskytování zdravotní péče a v souladu s platnými právními předpisy. Podrobné informace jsou k dispozici v ordinaci.

Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé a zavazuji se hlásit případné změny svého zdravotního stavu či užívaných léků.

Datum: _____ Podpis: _____

Zpracování foto/video dokumentace

Během ošetření je pořizována fotografická a/nebo video dokumentace, která je součástí zdravotnické dokumentace.

Souhlasím se **zveřejněním anonymní foto/video dokumentace** pro vzdělávací účely a prezentaci služeb (webové stránky, sociální sítě).

Tento souhlas lze **kdykoliv odvolat písemně** (e-mailem nebo dopisem na adresu ordinace).

☐ **Souhlasím se zveřejněním** ☐ **Nesouhlasím se zveřejněním**

Datum: _____ Podpis pacienta / zákonného zástupce: _____