

Anamnestický dotazník pacienta

Pacienta alebo zákonného zástupcu pacienta, prosíme **zakrúžkovaním označiť** príslušnú odpoveď v anamnestickom dotazníku. Informácie z dotazníka nám pomôžu zabezpečiť nekomplikovaný priebeh stomatologického ošetrovania, predchádzať prípadným rizikám pri ošetrovaní, ako aj ochranu našich pacientov.

Alergie, intolerancia liekov, rôzne ochorenia môžu mať vplyv na stomatologické ošetrovania, preto Vás žiadame o poskytnutie presných a úplných údajov k Vašmu zdravotnému stavu, keďže aj podľa týchto údajov budeme postupovať pri stomatologickom, stomatochirurgickom, implantologickom ošetrovaní.

Považujeme za potrebné **upozorniť** na to, ak pacient neposkytol informácie alebo údaje, príp. poskytol nesprávne, neúplné informácie, údaje, ktorú môžu mať vplyv na ošetrovanie, pacient, príp. zákonný zástupca pacienta nesie plnú zodpovednosť.

Akúkoľvek Vám známu **zmenu Vášho zdravotného stavu**, Vás poprosíme neodkladne po jej zistení, **najneskôr** však pred Vaším najbližším nasledujúcim ošetrovaním, oznámiť Vašmu ošetrovateľskému lekárovi, ďakujeme.

Tím Rosa Dental Clinic

Meno a priezvisko pacienta, titul:

Trvalé bydlisko:

Tel. kontakt: e-mail:

Rodné číslo: Štátna príslušnosť:

Povolanie:

Meno ošetrovateľa všeobecného lekára/lekára pre deti a dospelých/ tel. kontakt:

.....

Užívate lieky:

- áno - uveďte aké
- nie

Mali ste niekedy nepríjemnú reakciu pri ošetrovaní u zubného lekára?

- áno
- nie

Boli ste v minulosti chorý alebo ste sa liečili/liečite sa na niektoré z uvedených ochorení:

- | | |
|--|-----------|
| • Hepatitída (žltáčka) | áno / nie |
| • Tuberkulóza | áno / nie |
| • Pohlavné ochorenia | áno / nie |
| • Reumatická horúčka, šarlach | áno / nie |
| • Ochorenia alebo operácie srdca | áno / nie |
| • Ochorenia obličiek | áno / nie |
| • Vysoký krvný tlak | áno / nie |
| • Ochorenia dýchacích ciest alebo astma | áno / nie |
| • Diabetes mellitus (cukrovka) | áno / nie |
| • Ochorenia štítnej žľazy alebo iné hormonálne poruchy | áno / nie |
| • Epilepsia | áno / nie |
| • Krvné ochorenia | áno / nie |
| • Psychiatrické ochorenia | áno / nie |
| • Vrodené vývinové chyby | áno / nie |
| • Dedičné ochorenia | áno / nie |
| • Osteoporóza | áno / nie |
| • Iné ochorenia | |

Bola Vám zistená alergia na:

Lieky

- áno – uveďte aké
- nie

Iné látky

- áno – uveďte aké
- nie

- | | |
|---|-----------|
| • Krvácate dlho po poranení | áno / nie |
| • Boli ste liečení na nádorové ochorenia? | áno / nie |
| • Fajčíte? Ak áno, uveďte počet | áno / nie |
| • vyfajčených cigariet denne: | áno / nie |
| • Ste HIV pozitívny? | áno / nie |

Otázky pre pacientky:

- | | |
|--|-----------|
| • Ste tehotná? | áno / nie |
| Ak áno, uveďte mesiac tehotenstva: | |
| • Užívate hormonálnu antikoncepciu? | áno / nie |

Potvrdzujem, že všetky údaje som uviedol (a) správne. Zmenu zdravotného stavu alebo zmenu liečby som povinný (a) aj bez vyzvania oznámiť ošetrojúcemu zubnému lekárovi.

.....
Podpis pacienta alebo zákonného zástupcu, dátum