

Anamnestický dotazník

Tento dotazník si prosím pečlivě přečtete a vyplňte. Vaše odpovědi nám pomohou lépe porozumět vašemu zdravotnímu stavu, což je důležité pro bezpečné a účinné ošetření zubů. Jakékoli zdravotní problémy, které máte, mohou ovlivnit způsob, jakým vás léčíme. Chceme Vás ujistit, že všechny informace, které nám poskytnete, jsou důvěrné a stanou se součástí Vaší zdravotní dokumentace. Pečlivě chráníme Vaše osobní údaje a používáme je výhradně pro účely, které přispívají k lepší péči o Vaše zdraví.

Základní osobní údaje

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Rodné číslo:

Pojišťovna:

Adresa bydliště:

Telefonní číslo:

Email:

Zdravotní údaje

Onemocnění

- Astma
- Epilepsie
- Cukrovka
- Onemocnění ledvin
- Poruchy imunitního systému
- Problém s čelistním kloubem
- Vysoký krevní tlak
- Nádorové onemocnění
- Silný dávný reflex
- Jiné:

Onemocnění srdce a krve

- Nedomykavost chlopní
- Arytmie
- Angína pectoris
- Kardio stimulátor
- Defibrilátor
- Krevní choroby
- Chudokrevnost
- Porucha srážlivosti
- Leukémie
- Trombóza

Alergie

- Anestetika
- Latex
- Kovy, plasty
- Dezinfekční prostředky
- Léky. Uvedte:

Ostatní

- Nosil/a jsem rovnátka
- Úrazy hlavy. Jaké:

Užívané léky, prosím uveďte název

- Ředění krve:
- Vysoký krevní tlak:
- Vysoký nitrooční tlak:
- Chemoterapie:
- Radioléčba:
- Jiné:

Doplňující údaje

Návykové látky

- Lehké drogy
- Tvrdé drogy

Kouření

- Slabý kuřák
- Silný kuřák

Těhotensví

Prosím uveďte měsíc:

Svým podpisem potvrzuji, že:

- všechny mnou uvedené údaje jsou pravdivé.
- souhlasím se zpracováním osobních údajů podle Zákona o zpracování osobních údajů č. 110/2019 Sb. v platném znění, pro účely vedení mé zdravotní dokumentace, viz. příloha.
- souhlasím s Vnitřním řádem Zubní ordinace MDDr. Kateřiny Pokorné, viz. příloha.

Datum podpisu:

Podpis: