

## 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 dávkový 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:**