

Dotazník pacienta

Tento dotazník se stává součástí zdravotnické dokumentace pacienta. Uvedená data neslouží žádnému jinému účelu a podléhají lékařskému tajemství.

Osobní data

Příjmení..... Jméno..... Titul.....

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

Adresa Státní příslušnost.....

Telefon..... E-mail.....

Kontaktní osoba v případě nutnosti zanechání vzkazu (nemoc lékaře, nutnost změny termínu, objednání, atd.):

Jméno a příjmení..... Telefon..... E-mail.....

Zdravotní stav - označte prosím, máte-li nebo jste v minulosti měl(a) některý z uvedených problémů:

- Dlouhodobě užívané léky.....
- Alergie, vypište jaké.....
- Nesnášenlivost léků.....
- Srdeční onemocnění (např. infarkt, operace, vrozené srdeční vady, kardiostimulátor, umělá srdeční chlopeň), upřesněte.....
- Vysoký nebo nízký krevní tlak, upřesněte.....
- Krevní choroby (chudokrevnost, leukemie, poruchy srážlivosti).....
- Diabetes mellitus (cukrovka), uveďte typ.....
- Infekční onemocnění (např. HIV, pohlavní nemoci, žloutenka, tuberkulóza), upřesněte.....
- Astma, případně jiné nemoci dýchacích cest, upřesněte.....
- Neurologické onemocnění (např. epilepsie), uveďte jaké.....
- Psychiatrické onemocnění, upřesněte.....
- Onemocnění očí (zelený zákal, šedý zákal, atd.).....
- Nádorová onemocnění (i v minulosti).....
- Poruchy imunity.....
- Jakékoli jiné onemocnění, léčení, operace.....
- Náhlé příhody při zubním ošetření v minulosti.....
- Prodělal(a) jste v minulosti úraz hlavy, zubů?.....

Kouříte? ANO NE

Kdy přibližně jste byl(a) naposledy u předchozího zubního lékaře?

Navštěvujete dentální hygienistku?

Probíhá nebo proběhla v minulosti léčba pomocí rovnátek? ANO NE

Kde jste se o nás dozvěděl(a)? (zakroužkujte) internet na doporučení jiné

Souhlasím se zpracováním osobních údajů dle nařízení Evropského parlamentu a rady EU 2016/679, GDPR směrnice 95/46/ES v rámci léčby (např. odesílání rentgenů na spolupracující specializovaná pracoviště). ANO NE

Tímto souhlasím se zasíláním informačních zpráv o termínech objednání.

Datum..... Podpis pacient/rodič/zákonný zástupce.....