**ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK (Anamnestický dotazník)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Meno a priezvisko:** | **Dátum narodenia:** |
| **Rodné číslo:** | **Adresa trvalého pobytu:** |
| **Tel.č. :** | **Adresa prechodného pobytu:** |
| **Poisťovňa:** | **e-mail:** |
| **Dôvod návštevy:** | |
| **Ako ste sa dozvedeli o našej klinike?** | |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Astma/senná nádcha?** | Áno | Nie | Neviem |
| **Problémy s dutinami, dýchaním (sekrét z nosa)?** | Áno | Nie | Neviem |
| **Vysoký/nízky krvný tlak?** | Áno | Nie | Neviem |
| **Vrodené srdcové vady?** | Áno | Nie | Neviem |
| **Iné srdcové vady?** | Áno | Nie | Neviem |
| **Cievne ochorenie?** | Áno | Nie | Neviem |
| **Reumatická horúčka?** | Áno | Nie | Neviem |
| **Ochorenie štítnej žľazy?** | Áno | Nie | Neviem |
| **Ochorenie krvi?** | Áno | Nie | Neviem |
| **Zvýšená tvorba modrín?** | Áno | Nie | Neviem |
| **Krvácanie dlho po ošetrení?** | Áno | Nie | Neviem |
| **Žltačka?** | Áno | Nie | Neviem |
| **Ak žltačka áno, uveďte ktorá** | A | B | C |
| **Ochorenie obličiek?** | Áno | Nie | Neviem |
| **Máte PACEMAKER (srdcový stimulátor)?** | Áno | Nie | Neviem |
| **Pálenie pri močení?** | Áno | Nie | Neviem |
| **Zápaly močových ciest?** | Áno | Nie | Neviem |
| **Cukrovka?** | Áno | Nie | Neviem |
| **Epileptické záchvaty?** | Áno | Nie | Neviem |
| **Psychiatrická diagnóza( autizmus, hyperaktivita a pod.)?** | Áno | Nie | Neviem |
| **Onkologické ochorenie?** | Áno | Nie | Neviem |
| **HIV pozitívne?** | Áno | Nie | Neviem |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Užívate v súčasnosti lieky**? | Áno | Nie | Neviem |

Ak áno, uveďte ktoré a na aké ochorenie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Boli ste niekedy hospitalizovaný?** | Áno | Nie | Neviem |
| **Boli ste operovaný?** | Áno | Nie | Neviem |

***Alergie alebo reakcie na lieky***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ste alergický na penicilín, acylpyrín, prípadne analgetiká?** | Áno | Nie | Neviem |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Máte alergiu na iné lieky?** | Áno | Nie | Neviem |

Ak áno, uveďte na ktoré lieky:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Máte alergiu na prach, peľ, materiál, jedlo?** | Áno | Nie | Neviem |

Ak áno, uveďte na ktoré :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Mali ste niekedy reakciu na sedatíva, lokálnu anestéziu?** | Áno | Nie | Neviem |

Ak áno, uveďte akú :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Trpíte / liečite sa na nejakú vyššie neuvedenú chorobu?** | Áno | Nie | Neviem |

Ak áno, uveďte akú :

***Zubná história***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Boli ste na ošetrení u zubného lekára?** | Áno | Nie | Neviem |
| **Dátum posledného zubného vyšetrenia?** |  | | |
| **Pukanie, skákanie sánky pri otváraní úst?** | Áno | Nie | Neviem |
| **Problémy s čeľustnými dutinami?** | Áno | Nie | Neviem |
| **Zranenie tváre?** | Áno | Nie | Neviem |
| **Zranenie čeľusti?** | Áno | Nie | Neviem |
| **Chirurgický stomatologický zákrok?** | Áno | Nie | Neviem |
| **Citlivosť zubov a studené, teplé, sladké?** | Áno | Nie | Neviem |
| **Parodontologická liečba?** | Áno | Nie | Neviem |
| **Škrípanie alebo zatínanie zubov?** | Áno | Nie | Neviem |
| **Nosenie strojčeka (denný alebo nočný)?** | Áno | Nie | Neviem |

***Zubná hygiena***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Akú zubnú kefku používate?** | Klasickú | Elektrickú | Sonickú |
| **Ak používate klasickú tak akú?** | Mäkká | Stredná | Tvrdá |
| **Používate medzizubné pomôcky(dentálna niť, medzizubná kefka)?** | Áno | Nie | Neviem |
| **Ako často si umývate zuby? (x za deň)** |  | | |

***Iné***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ste tehotná?** | Áno | Nie |
| **Ste fajčiar** | Áno | Nie |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Mali ste niekedy problémy so zubami (odlomené zo zuba, narazenie do brady, a pod.? )** | Áno | Nie | Neviem |

Ak áno, uveďte aké :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Vyskytujú sa vo Vašej rodine nejaké zubné anomálie (chýbajúce alebo nadpočetné zuby a pod.)** | Áno | Nie | Neviem |

Ak áno, uveďte aké :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Iné čo považujete za nevyhnutné uviesť v súvislosti so zdravotným stavom** | Áno | Nie | Neviem |

Ak áno, uveďte aké :

Podpis pacienta, dátum

*Pacient svojím podpisom potvrdzuje správnosť vyplnených údajov v anamnestickom dotazníku a súhlasí s jeho spracovaním. Tento anamnestický formulár slúži na účely Vami vyžiadanej odbornej konzultácie na klinike Dentique (Smile4life s. r. o.) a zahŕňa spracovanie Vašich* osobných *údajov vrátane klinických a neklinických informácií, ktoré súvisia s touto odbornou konzultáciou. Informácie, ktoré poskytnete, sa stanú súčasťou zdravotnej dokumentácie a neskôr sa môžu stať podkladom pre vytvorenie liečebného plánu či vyhotovenia Vašej individuálnej zdravotnej karty.*