

Dítě (vyplní zákonný zástupce)

Příjmení Jméno Titul

Datum nar. Rodné č. Pojišťovna

Adresa (Ulice, PSČ, Město)

Telefon zák. zástupce(mob.) Email zák. zástupce.....

Zdravotní stav (odpověď zakroužkujte)

1. Probíhá u dítěte v současnosti nějaká léčba? ANO NE
Jaká.....
2. Užívá dítě aktuálně nějaké léky, vč. antikoncepce? ANO NE
Jaké.....
3. Má dítě nebo proběhla u něj alergická či nežádoucí reakce na léčiva (např. antibiotika) nebo anestetika?
ANO NE

Upřesněte.....

4. Léčí se dítě či má některou z následujících diagnóz? Pokud ano, prosím označte
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vážné infekční onemocnění | <input type="checkbox"/> Onemocnění plic (astma, emfyzém) |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Onemocnění žaludku a střev („vředy“ apod.) |
| <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Porucha krevní srážlivost (hemofilie) |
| <input type="checkbox"/> Alergie (lékové, potravinové) | <input type="checkbox"/> Diabetes – cukrovka |
| <input type="checkbox"/> Vysoký krevní tlak | <input type="checkbox"/> Hepatitis – žloutenka A, B, C |
| <input type="checkbox"/> Onemocnění štítné žlázy | <input type="checkbox"/> Jiné onemocnění – upřesněte níže |
| <input type="checkbox"/> Onemocnění srdce (angína pectoris, infarkt myokardu apod.) | |

Jiné onemocnění nebo léčení.....

5. Užívá dítě antikoagulancia, antiagregancia (léky na „ředění krve“) - warfarin, Aspirin?
ANO NE

Upřesněte.....

6. Prodělalo dítě úraz hlavy, zubů? ANO NE

Upřesněte.....

Zubní péče

1. Jméno posledního zubního lékaře
2. Byl poslední termín preventivní prohlídky před méně než 6 měsíci? ANO NE

3. Má dítě v současnosti nějaký problém týkající se dutiny ústní? Pokud ano, prosím označte

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Suchost v ústní dutině | <input type="checkbox"/> Nadpočet zubů, nevyrostlé zuby, nezaložené |
| <input type="checkbox"/> Bolest zubu(ů) | <input type="checkbox"/> Probíhá/probíhala ortodontická léčba (rovnátka) |
| <input type="checkbox"/> Obtížné kousání, žvýkání, polykání | <input type="checkbox"/> Skřípání zubů |
| <input type="checkbox"/> Problém s čelistním kloubem | <input type="checkbox"/> Dávivý reflex |

Upřesněte.....

4. Má dítě protetické ošetření (korunka, můstek, náhrada)? ANO NE

5. Má dítě mimořádný strach ze zubního ošetření? (úzkost, fobie) ANO NE

6. Používá dítě následující pomůcky?

Zubní kartáček ANO NE měkký střední tvrdý

Mezizubní kartáčky ANO NE

Zubní nit ANO NE

Elektrický z. kartáček ANO NE

Jiné.....

7. Čistíte/dočišťujete dětem zuby? ANO NE NĚKDY

Organizační informace

- Pokud se z jakéhokoli důvodu nemůžete dostavit na plánovanou návštěvu dentální hygieny v naší ordinaci, prosíme Vás, abyste se v předstihu omluvili (telefonicky, SMS, e-mailem, osobně). Váš termín tak budeme moci ihned díky flexibilnímu systému objednávání nabídnout jinému pacientovi. Pacienti s výskytem oparu nejenom v ústech, ale i pod nosem či tváři nebudou kvůli nebezpečí infekce ošetřeni.

UPOZORŇUJEME KLIENTY, ŽE NEBUDE-LI OBJEDNANÝ TERMÍN ZRUŠENÝ MIN. 12 HODIN PŘEDEM, JSME OPRÁVNĚNI ÚČTOVAT 70 % Z ČÁSTKY, DOHODNUTÉHO OŠETŘENÍ JAKO ÚHRADU ČASOVÉ ZTRÁTY.

- Tento dotazník poskytuje vaší dentální hygienistce důležité informace o Vašem zdravotním stavu. Tato data neslouží jinému dalšímu účelu a podléhají lékařskému tajemství.
- V případě jakýchkoli změn zdravotního stavu dítěte, nebo užívání léků nás prosím neprodleně informujte!
- U OŠETŘENÍ DĚTÍ DO 18 LET MUSÍ BÝT V ORDINACI PŘÍTOMEN ZÁK. ZÁSTUPCE NEBO ZODPOVÍDAJÍCÍ OSOBA STARŠÍ 18 LET.
- V ordinaci nelze platit platební kartou, vezměte si prosím s sebou vždy hotovost (možnost výběru z bankomatu v budově).
- **SOUHLASÍM/NESOUHLASÍM** s tím, aby dentální hygienistka DENTAL SPA (dále jen autor), použil vytvořené fotografie nebo video záznamy dítěte (zubů), ať už v podobě hmotné či digitalizované (nehmotné) následujícím způsobem:
 1. Autor je oprávněn užít fotografie a video materiál pro svou vlastní potřebu za účelem prezentace své práce na webových stránkách a sociálních sítích (Facebook, Instagram) ordinace.
 2. Autor je oprávněn poskytnout licenční oprávnění k užití fotografií a audio/video materiálu jako svých autorských děl, třetím osobám, a to pro účely reklamní (komerční) nebo edukační (prezentace, brožury).

Seznámil (a) jsem se a souhlasím s podmínkami ošetření, ceníkem a vyplněné údaje jsou pravdivé a všemu rozumím.

Jméno, příjmení a rodné č. zák. zástupce

Datum.....

Podpis zák. zástupce.....