



Příjmení Jméno Titul
Datum nar. Rodné č. Pojišťovna
Adresa (Ulice, PSČ, Město)
Telefon (mob.)

Zdravotní stav (odpověď zakroužkujte)

1. Probíhá v současnosti nějaká léčba? ANO NE
Jaká.....
2. Užíváte aktuálně nějaké léky, vč. antikoncepce? ANO NE
Jaké.....
3. Máte nebo proběhla alergická či nežádoucí reakce na léčiva (např. antibiotika) nebo anestetika? ANO NE
Upřesněte.....
4. Léčíte se či máte 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. Užíváte antikoagulantia, antiagregancia (léky na „ředění krve“) - warfarin, Aspirin? ANO NE
Upřesněte.....
6. Jste těhotná? Pokud ano, kolik měsíců?..... ANO NE
7. Prodělal/a jste úraz hlavy, zubů? ANO NE
Upřesněte.....
8. Kouříte? ANO NE Pijete alkohol? ANO/PŘÍLEŽITOSTNĚ NE Užíváte drogy? ANO NE

Zubní péče

1. Jméno vašeho posledního zubního lékaře
2. Byl Váš poslední termín preventivní prohlídky před méně než 6 měsíci? ANO NE
3. Máte v současnosti nějaký problém týkající se dutiny ústní? Pokud ano, prosím označte
 - Suchost v ústní dutině
 - Bolest zubu(ů)
 - Obtížné kousání, žvýkání, polykání
 - Problém s čelistním kloubem
 - Nadpočet zubů, nevyrostlé zuby, nezaložené
 - Probíhá/probíhala ortodontická léčba (rovnátka)
 - Skřípání zubů
 - Dávivý reflex

Upřesněte.....

4. Máte protetické ošetření (korunka, můstek, náhrada) nebo zubní implantát? ANO NE
5. Máte mimořádný strach ze zubního ošetření? (úzkost, fobie) ANO NE
6. Používáte následující pomůcky?

Zubní kartáček	ANO	NE	měkký	střední	tvrdý
Mezizubní kartáčky	ANO	NE			
Zubní nit	ANO	NE			
Elektrický z. kartáček	ANO	NE			

Jiné.....

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 Vašeho zdravotního stavu, nebo užívání léků nás prosím neprodleně informujte!
- 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 mé osoby (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.

Datum.....

Podpis.....