

# DŮVĚRNÝ DOTAZNÍK PACIENTA

Tento dotazník poskytuje Vašemu zubnímu lékaři Romaně Jeníčkové, DiS. (Tachovská 609/8, Praha 16 – Radotín, IČZ 05 678 001) důležité informace o Vašem zdravotním stavu. Tato data neslouží dalšímu jinému účelu.

## Osobní data

Příjmení ..... Jméno ..... Titul .....  
Datum nar. .... Rodné číslo ..... Pojišťovna .....  
Adresa ..... Tel. .... E-mail .....  
Jméno adresa a telefon praktického lékaře .....

## Zdravotní stav (platnou odpověď zakroužkujte)

1. Užíváte pravidelně nějaké léky vč. antikoncepce? **Ano** **Ne**

Jaké .....

2. Proběhla alergická či nežádoucí reakce na léčiva nebo anestetika? **Ano** **Ne**

Upřesněte .....

Léčíte se, máte některé z následujících onemocnění? Pokud ano, prosím označte.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vysoký krevní tlak                    | <input type="checkbox"/> Hepatitis – žloutenka A, B, C | <input type="checkbox"/> Alergie (lékové, potravinové) |
| <input type="checkbox"/> Porucha krevní srážlivosti, hemofilie | <input type="checkbox"/> Vážné infekční onemocnění     | <input type="checkbox"/> Jiné onemocnění – upřesněte   |
| <input type="checkbox"/> Onemocnění srdce                      | <input type="checkbox"/> Epilepsie                     |  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes – cukrovka                   | <input type="checkbox"/> Astma                         |  |

3. Užíváte antikoagulantia, antiagregantia (léky na „ředění krve“ – Warfarin, Aspirin)? **Ano** **Ne**

Upřesněte .....

5. Jste těhotná? Pokud ano, kolik měsíců ..... **Ano** **Ne**

6. Potřebujete antibiotickou profylaxi (určuje praktický lékař nebo internista)? **Ano** **Ne**

Důvod .....

7. Prodělal jste úraz hlavy, zubů? **Ano** **Ne**

Upřesněte .....

8. Proděláváte nebo prodělal jste nějakou chemoterapii? **Ano** **Ne**

Upřesněte kdy .....

9. Onemocnění štítné žlázy? **Ano** **Ne**

10. Kouříte? **Ano** **Ne**

## Zubní péče

1. Máte v současnosti bolest zubů, jiný problém týkající se dutiny ústní? **Ano** **Ne**

Upřesněte .....

2. Máte mimořádný strach ze zubního ošetření (úzkost, fobie)? **Ano** **Ne**

3. Seznámil jsem se s aktuálně platným ceníkem zubní praxe a beru jej na vědomí **Ano** **Ne**

## Upozornění

**Beru na vědomí, že se registruji do zdravotnického zařízení Romana Jeníčková, DiS. (Tachovská 609/8, Praha 16 – Radotín, IČZ 05 678 001), proto je možné, že mohu být ošetřen/a jakýmkoliv lékařem/lékařkou, který/á je v této společnosti zaměstnán/a. Beru na vědomí, že jako pacient mám práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 372/2011 Sb. §42, odst. 2. V tomto smyslu bude při opakovaném porušení součinnosti v léčbě (nedodržení objednaných termínů bez předchozí omluvy) registrace v našem zdravotnickém zařízení zrušena Souhlasím s provedením kompletní stomatologické prohlídky včetně rentgenového vyšetření a se zákroky konzervační a profylaktické povahy (odstranění zubního kamene, zubní výplně, endodontické ošetření kořenových kanálků, ošetření dentální hygienistkou a podání lokálních anestetik), indikovanými na jejím základě.**

Souhlasím s poskytnutím nadstandardních zdravotních služeb (výkony, materiály, výrobky), které nejsou plně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Byl/a jsem seznámen/a s možnými variantami úhrady zdravotních služeb, netrvám na poskytnutí služeb plně hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění v případě, že budu s výší jejich úhrady vždy seznámen před provedením konkrétního zákroku. Prohlašuji, že mnou výše uvedené údaje jsou pravdivé a úplné. Souhlasím s jejich zpracováním a uchováním ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů výhradně pro účely spojené se stomatologickou péčí. Tento souhlas uděluji poskytovateli zdravotních služeb Romana Jeníčková, DiS. (Tachovská 609/8, Praha 16 – Radotín, IČZ 05 678 001).

Datum .....

Podpis pacienta (zákonného zástupce) .....