

DŮVĚRNÝ DOTAZNÍK PACIENTA

Tento dotazník poskytuje Vašemu zubnímu lékaři MUDr. Michalu Maškovi (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 MUDr. Michal Mašek (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 MUDr. Michal Mašek (Tachovská 609/8, Praha 16 – Radotín, IČZ 05 678 001).

Datum

Podpis pacienta (zákonného zástupce)