

**Anamnestický dotazník** – strana 1/2

Tento dotazník poskytuje Vašemu zubnímu lékaři důležité informace o Vašem zdravotním stavu. Tato data neslouží dalšímu jinému účelu a podléhají **lékařskému tajemství**.

Příjmení ..... Jméno ..... Titul .....

Datum nar. .... Rodné číslo ..... Pojišťovna.....

Adresa trvalého bydliště.....

Telefon..... E-mail (nepovinné).....

**Celkový zdravotní stav** (zvolené odpovědi prosím zakroužkujte)

**1. Probíhá v současnosti nějaká léčba?** Ano / Ne

Pokud Ano, jaká (dopíše) .....

Máte **kardiostimulátor** ? Ano / Ne

Obvodní lékař:..... tel.číslo lékaře:.....

**2. Užíváte aktuálně nebo pravidelně nějaké léky** (i antikoncepční pilulky,...)? Ano / Ne

Pokud Ano, jaké (dopíše) .....

**3. Užíváte antikoagulantia, antiagregancia – léky na „ředění krve“ - Warfarin, ASA (Aspirin, Acylpyrin, Anopyrin, Godasal,..), Pradaxa, Fraxiparin, Eliquis nebo jiné....?**

Ano / Ne

Upřesněte.....

**4. Máte nebo proběhla alergická či nežádoucí reakce na léčiva (např. Antibiotika) nebo anestetika?**

Ano / Ne

Pokud Ano, jaká (dopíše) .....

**5. a) Máte nebo proběhla alergická či nežádoucí reakce na kovy či jiné látky?** Ano / Ne

Upřesněte .....

**b) Jakékoli jiné alergie či přecitlivělosti?** .....

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

Upřesněte.....

**7. Jste v transplantačním programu nebo po transplantaci?** Ano / Ne

**8. Proběhla/probíhá chemoterapie nebo radioterapie?** Ano / Ne

**9. Kouříte?** Ano - kolik cigaret denně?.....kolik let?..... Uveďte i alternativy.....

Už ne - jak dlouho již nekouříte? .....Kolik cigaret denně a kolik let jste kouřil/a?.....

Ne

**Pijete alkohol?** Ano / příležitostně/ Ne

**Užíváte drogy?** Ano / Ne

## Anamnestický dotazník – strana 2/2

### 10. Prodělal(a) jste v minulosti či trpíte nějakou vážnou infekční chorobou:

žloutenka typu B, C      Ano / Ne      TBC (tuberkulóza)      Ano / Ne  
jste HIV pozitivní?      Ano / Ne      jiné: .....

### 11. Léčíte, máte nebo jste prodělali některou z následujících diagnóz? Pokud ano, prosím zaškrtněte.

- Vážné infekční onemocnění       Vysoký krevní tlak       Hepatitis – žloutenka A,B,C
- Onemocnění kostí (osteoporóza apod.)       Diabetes – cukrovka       Alergie (léková, potravinová)
- Onemocnění plic (astma, emfyzém)       Epilepsie       Onemocnění štítné žlázy
- Porucha krevní srážlivosti (hemofilie)       Onemocnění žaludku a střev („vředy apod.)
- Onemocnění srdce (angina pectoris, infarkt myokardu, kardiostimulátor apod.)
- „Umělý“ materiál v těle (kyčel, koleno, srdeční chlopně, cévní náhrady,...)
- Jiné onemocnění – upřesněte .....

### Zubní péče

Kdy byla Vaše poslední návštěva zubního lékaře? (uved'te před kolika měsíci/lety cca).....

Navštěvujete      Dentální hygienu?      Ano/Ne  
Parodontologii?      Ano/Ne

Proběhla/probíhá u Vás ortodontická léčba (rovnátka)?      Ano/Ne

Jaké pomůcky užíváte k zubní hygieně? (zakroužkujte správné odpovědi)

|                             |                        |                             |
|-----------------------------|------------------------|-----------------------------|
| měkký kartáček              | středně tvrdý kartáček | tvrdý kartáček              |
| elektrický kartáček sonický |                        | elektrický kartáček rotační |
| mezizubní kartáčky          | zubní nit              | jednosvazkový kartáček      |

Pro ženy: Jste právě nyní těhotná? Ano / Ne / Možná

---

Prohlašuji, že jsem pravdivě vyplnil všechny údaje, jak mi zákon ukládá. Všemmu jsem porozuměl a pravdivost údajů stvrzuji níže svým podpisem.

Beru na vědomí, že jako pacient mám práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 372/2011 Sb. §48, odst. 2 . V tomto smyslu bude při opakovaném porušení součinnosti v léčbě další plánovaná péče v našem zdravotnickém zařízení zrušena (nedodržení objednaných termínů bez předchozí omluvy).

V Brně dne: .....

**Podpis pacient/rodič /zákonný zástupce**