

Anamnestický dotazník

Jméno pacienta:

rodné číslo:

**Vážená pacientko,
paciente.**

**Celkové onemocnění může
mít vliv na zubní ošetření.
Odpovězte proto, prosím,
na následující otázky, aby
vaše ošetření mohlo
proběhnout co nejlépe.**

**Pokud nebudete něčemu
rozumět, rádi vám vše
vysvětlíme.**

**Vaše údaje podléhají
lékařské mlčenlivosti a
bude s nimi nakládáno
podle zákona 101/2000 sb.**

**Jméno Vašeho
praktického lékaře:**

telefonický kontakt na Vás:

	Ano	Ne
Berete pravidelně léky?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaké?		
.....		
Trpíte alergiemi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jakými?		
.....		
Projevila se u vás neobvyklá reakce po lécích?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Měl(a) jste neobvyklou reakci po injekci?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Projevilo se u vás následující onemocnění?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
epilepsie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
potíže dýchání/astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chronická bronchitida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
porucha srážlivosti krve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jste léčen(a) léky snižující srážlivost?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
diabetes (cukrovka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jste závislý(á) na aplikaci inzulínu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
glaukom (zvýšený nitrooční tlak)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onemocnění srdce a oběhu:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vysoký krevní tlak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
srdeční infarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
poruchy srdečního rytmu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kardiostimulátor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
infekční endokarditida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
defekt chlopní/umělá chlopeň	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mrtvice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infekční onemocnění:		
hepatitida (žloutenka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
infekce HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuberkulóza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onemocnění jater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onemocnění ledvin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onemocnění štítné žlázy:		
Snížená funkce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zvýšená funkce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kouříte? Kolik denně?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijete pravidelně alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Užíváte drogy, návykové látky?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jste těhotná? V jakém týdnu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Svým podpisem stvrzuji, že jsem zde kladeným otázkám rozuměl(a), měl(a) jsem dostatek klidu a času k jejich zodpovězení a měl(a) jsem možnost vznést dotazy.

Datum:
Jméno pacienta a podpis: