

Důvěrný dotazník pacienta

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

Zdravotní stav

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

2. Užíváte aktuálně nebo pravidelně nějaké léky **Ano Ne** Jaké.....

3. Máte nebo proběhla alergická či nežádoucí reakce na léčiva (např. antibiotika) nebo anestetika? **Ano Ne** Upřesněte.....

4. Máte nebo proběhla alergická či nežádoucí reakce na kovy a jiné látky? **Ano Ne** Upřesněte.....

5. Léčíte se či máte některou z následujících diagnóz? Pokud ano, prosím označte.

Vážné infekční onemocnění

Epilepsie

Astma

Alergie (lékové, potravinové)

Vysoký krevní tlak

Onemocnění štítné žlázy

Onemocnění plic (astma, emfyzém)

Onemocnění žaludku a střev („vředy“ apod.)

Porucha krevní srážlivost (hemofilie)

Onemocnění srdce (angína pectoris, infarkt myokardu apod.)

Diabetes - cukrovka

Hepatitis - žloutenka A,B,C

Jiné onemocnění - upřesněte

Upřesněte.....

Jakékoli jiné onemocnění nebo léčení.....

6. Užíváte léky na „ředění krve“ - warfarin, Aspirin atd.? **Ano Ne** Upřesněte.....

7. Jste těhotná? **Ano Ne** Pokud ano, kolik měsíců (zakroužkujte)? **1 2 3 4 5 6 7 8 9**

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

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

10. Prodělal jste úraz hlavy, zubů? **Ano Ne** Upřesněte.....

12. Kouříte? **Ano Ne** Pijete alkohol? **Ano 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 bolest zubu(ů), jiný problém týkající se dutiny ústní? Pokud ano, prosím označte.

Suchost v ústní dutině?

Obtížné kousání, žvýkání, polykání?

Skřípání zubů?

Problém s čelistním kloubem?

Probíhá ortodontická léčba (rovnátka)?

Poranění zubů nebo čelisti (vyražení, povyražení, zlomeniny čelisti apod.)?

Nadpočet zubů, zuby nevyrostlé, nezaložené (i v rodině)?

Upřesněte.....

4. Využíváte ošetření v rámci dentální hygieny? **Ano Ne**

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

Seznamte se, prosím, předem s veškerými **podmínkami a cenami** za ošetření v naší stomatologické praxi v městě Nový Knín - jakékoli dotazy Vám rádi zodpovíme.

Seznámil(a) jsem se a souhlasím s podmínkami ošetření, ceníkem hrazených výkonů a se zárukami.

Vyplněné údaje jsou pravdivé a všemu rozumím.

V Novém Kníně dne..... Podpis pacient/rodič/zákonný zástupce.....

Souhlas – nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb

Osobní data

Příjmení Jméno Titul.....

Datum nar. Rodné číslo Číslo zdr. pojišťovny.....

Adresa Tel.

Jméno, adresa a telefon praktického lékaře.....

Náhradní kontaktní osoba v případě nutnosti zanechání vzkazu (nemoc lékaře, nutnost změny termínu objednání apod.)

Jméno a příjmení..... Tel.

S poskytnutím zdravotních služeb od prvního vstupního vyšetření až po dobu mého vyřazení ze zdravotní kartotéky ošetřujícího lékaře nebo převedení zdravotní dokumentace. (Nehodící se škrtněte)

souhlasím – nesouhlasím podpis pacienta/nezletilého pacienta.....

Jedná-li se o nezletilého pacienta, je zapotřebí k poskytnutí zdravotních služeb souhlas nebo nesouhlas jeho zákonných zástupců, kteří své rozhodnutí stvrdí svým vlastnoručním podpisem.

K našemu zastupování v rozsahu všech práv a povinností v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb shora uvedenému nezletilému dítěti dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen zákon), zejména aby obdržel(a) informace o zdravotním stavu shora uvedeného nezletilého dítěte a o navržených zdravotních službách dle ust. § 31 zákona a na jejich základě udělil(a) v souladu s ust. § 34 zákona písemný informovaný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, které mohou být dle ust. § 35 odst. 2 bodu 1. zákona poskytnuty se souhlasem obou rodičů.

Zákonný zástupce 1.

Jméno a příjmení:..... S poskytováním zdravotních služeb **souhlasím – nesouhlasím**

Narozen dne :..... Podpis zákonného zástupce 1.....

Zákonný zástupce 2.

Jméno a příjmení:..... S poskytováním zdravotních služeb **souhlasím – nesouhlasím**

Narozen dne :..... Podpis zákonného zástupce 2.....

Údaje poskytovatele zdravotních služeb

IČ : 45256616

Název (firma) : MUDr. Jiřina Jandová, praktická zubní lékařka

Adresa zdravotnického zařízení : Náměstí Jiřího z Poděbrad 64, Nový Knín, 262 03

Navrhovaná (vyžadovaná) zdravotní služba: Přijetí pacienta do zdravotní péče, stanovení diagnózy a následné ošetření a provedení potřebných úkonů, které povedou k řešení zjištěných zdravotních problémů podle nejlepšího vědomí a svědomí ošetřujícího lékaře.

Ze strany poskytovatele byla předána informace k uvedené zdravotní službě a byla předána informace o jejím důvodu a účelu, povaze a předpokládaném přínosu, byla předána informace o možných důsledcích a rizicích, případných alternativách a byla dána možnost klást lékaři doplňující otázky. Níže uvedení svými podpisy potvrzují výše uvedené a vyjadřují svůj souhlas či nesouhlas s poskytnutím této služby.

Ceník služeb je k nahlédnutí na vyžádání v ordinaci ošetřujícího lékaře.

Seznamte se, prosím, předem s veškerými **podmínkami a cenami** za ošetření v naší stomatologické praxi v městě Nový Knín - jakékoli dotazy Vám rádi zodpovíme.

Za poskytovatele: MUDr. Jiřina Jandová

Podpis lékaře:



UPOZORŇUJEME KLIENTY, ŽE NEBUDE-LI OBJEDNANÝ TERMÍN ZRUŠENÝ MIN. 48 HODIN PŘEDEM, JSME OPRÁVNĚNI ÚČTOVAT ÚHRADU ČASOVÉ ZTRÁTY DLE AKTUÁLNÍHO CENÍKU.

Seznámil (a) jsem se a souhlasím s podmínkami ošetření, ceníkem hrazených výkonů a se zárukami, vyplněné údaje jsou pravdivé a všemu rozumím.

V Novém Kníně dne..... Podpis pacient/rodič/zákonný zástupce.....

Praktický zubní lékař MUDr. Jiřina Jandová, Náměstí Jiřího z Poděbrad 64, Nový Knín, 262 03