

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK K VSTUPNÍMU VYŠETŘENÍ

Za dítě a mladistvé do 18 let vyplní zákonný zástupce.

Jméno, příjmení PACIENTA: _____

Jméno, příjmení, titul ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE: _____

Datum narození PACIENTA: _____

Má nebo mělo v minulosti Vaše dítě některé z uvedených onemocnění? – **Zakroužkujte - v případě ANO uveďte konkrétně typ onemocnění a užívané léky:**

☐	ONEMOCNĚNÍ SRDCE – vrozené srdeční vady, operace na srdci, zvýšené riziko infekční endokarditidy, jiné	ANO	NE	_____
☐	VYSOKÝ KREVNÍ TLAK	ANO	NE	_____
☐	ONEMOCNĚNÍ DÝCHACÍCH CEST – astma bronchiale, CHOPN, jiné	ANO	NE	_____
☐	HORMONÁLNÍ PORUCHY – cukrovka 1./2.typu, poruchy štítné žlázy, jiné	ANO	NE	_____
☐	ONEMOCNĚNÍ LEDVIN	ANO	NE	_____
☐	EPILEPSIE A JINÉ NEUROLOGICKÉ PORUCHY	ANO	NE	_____
☐	AUTISMUS, ASPERGERŮV SYNDROM, JINÉ PORUCHY AUTISTICKÉHO SPEKTRA A POZORNOSTI	ANO	NE	_____
☐	PORUCHY KREVNÍ SRÁŽLIVOSTI	ANO	NE	_____
☐	INFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ – hepatitida, tuberkulóza, HIV, syfilis, jiné	ANO	NE	_____
☐	ONKOLOGICKÉ ONEMOCNĚNÍ – jaké, typ léčby	ANO	NE	_____
☐	ALERGIE NA LÉKY – anestetika, antibiotika, jiné	ANO	NE	_____
☐	ALERGIE NA POTRAVINY ČI MATERIÁLY – ABKM, latex, jiné	ANO	NE	_____
☐	GASTROESOFAGEÁLNÍ REFLUX	ANO	NE	_____

otočte stránku

☐	PRODĚLALO DÍTĚ ÚRAZ V OBLASTI HLAVY – pokud ano - popište kdy, jak, při vědomí/bezvědomí	ANO	NE	_____
☐	BYLO DÍTĚ V NEDÁVNÉ DOBĚ HOSPITALIZOVÁNO	ANO	NE	_____
☐	PRODĚLALO VAŠE DÍTĚ OPERACI V CELKOVÉ ANESTEZII	ANO	NE	_____
☐	MÁ VAŠE DÍTĚ JAKÉKOLI JINÉ ONEMOCNĚNÍ	ANO	NE	_____
☐	UŽÍVÁ JAKÉKOLI JINÉ LÉKY – na osteoporózu/ředění krve/diabetes/jiné	ANO	NE	_____
☐	ABSOLVOVALI JSTE POVINNÁ OČKOVÁNÍ	ANO	NE	_____
☐	JE DÍTĚ KOJENÉ ČI NA UMĚLÉ VÝŽIVĚ – jak často, i v noci?	ANO	NE	_____
☐	JE DÍTĚ NA UMĚLÉ MLÉČNÉ VÝŽIVĚ – jak často, i v noci?	ANO	NE	_____
☐	MÁ VAŠE DÍTĚ NĚJAKÝ ZLOZVYK – dudlík/cucání palce/kousání nehtů/skřípání zubů/jiné	ANO	NE	_____
☐	SPÍ VAŠE DÍTĚ S OTEVŘENÝMI ÚSTY?	ANO	NE	NEVÍM _____
☐	MÁ NĚKDO Z VAŠÍ RODINY NEZALOŽENÉ ČI NADPOČETNÉ ZUBY – dočasné/stálé	ANO	NE	NEVÍM _____
☐	PRO PACIENTKY, MAMINKY – JSTE TĚHOTNÁ	ANO	NE	NEVÍM _____
☐	PRŮBĚH PORODU – v termínu/předčasný porod/asfyxie/nízká porodní váha	_____		
☐	V KOLIKÁTÉM MĚSÍCI PROŘEZAL PRVNÍ MLÉČNÝ ZUB	_____		
☐	CO VAŠE DÍTĚ PIJE PŘES DEN	_____		
☐	JAK PROBÍHÁ DENTÁLNÍ HYGIENA S VAŠÍM DÍTĚTEM – bez problému/s křikem/čistí si samo/používané pomůcky	_____		
☐	KDY BYLO DÍTĚ NAPOSLEDY U ZUBNÍHO LÉKAŘE	_____		
☐	MÁ VAŠE DÍTĚ ŠPATNOU ZKUŠENOST S OŠETŘENÍM U ZUBNÍHO LÉKAŘE?	_____		

DATUM _____

PODPIS _____

Potvrzuji, že všechny údaje jsem uvedl/a správně. Změnu zdravotního stavu jsem povinný/á okamžitě i bez vyzvání oznámit ošetřujícímu zubnímu lékaři.

Stomatologické centrum ALTADENT, Merhautova 224, Brno