



Zubní ordinace pro děti a dospělé

Na Rybníčku 1364/12, 120 00 Praha 2 – Nové Město

Tel./fax: +420 224 941 597, mobil: +420 602 814 818

e-mail: info@radno.cz

INFORMACE O PACIENTOVI (U OSOB MLADŠÍCH 18 LET)

Příjmení, jméno:.....

Zákonný zástupce: matka:.....

otec:.....

Adresa:.....

RČ:..... Pojišťovna:.....

Telefon: matka:..... otec:.....

e-mail: matka:..... otec:.....

Zdravotní stav:

1. Prodělal jste dříve jakékoliv závažné onemocnění či úraz hlavy: ANO – NE

Pokud ano, jaké.....

2. Léčíte se dlouhodobě pro některé z následujících onemocnění?

Vysoký krevní tlak		ANO	NE
Onemocnění srdce a arytmie(nepravidelnost srdečního rytmu)		ANO	NE
Onemocnění astmatem		ANO	NE
Onemocnění štítné žlázy		ANO	NE
Poruchy krevní srážlivosti		ANO	NE
Poruchy krvetvorby a onemocnění krve		ANO	NE
Poruchy imunitního systému		ANO	NE
Onemocnění jater		ANO	NE
Onemocnění ledvin		ANO	NE
Onemocnění diabetem (cukrovkou) –		ANO	NE
Pokud ANO - způsob kompenzace	Inzulín / p.o.antidiabetika		
Těžký revmatismus		ANO	NE
Prodělaná žloutenka (A,B,C...) event. jiné závažné infekční onemocnění (tuberkulóza, HIV)		ANO	NE
Záchvatovitá onemocnění (např. epilepsie)		ANO	NE

3. Užíváte dlouhodobě léky? ANO - NE

Pokud ano, jaké + dávkování

.....

4. Projevuje se u vás alergie? ANO - NE

Pokud ano, jaké

Alergie na léky?, jaké.....

5. Trpíte skřípáním zubů ve spánku? ANO – NE – NEVIM

6. Kolikrát denně čistíte zuby?.....

7. Jak často navštěvujete zubaře?.....

8. Prodělal/a jste léčbu ortodontickou (rovnátka) či parodontologickou (Jméno lékaře)?.....

9. Kde jste se o nás dozvěděli, popřípadě kdo nás doporučil?

Prohlašuji, že jsem byl seznámen s ceníkem nadstandardní péče stomatologické ordinace RADNO spol. s.r.o.

Datum:..... Podpis pacienta:

Podpis zákonného zástupce: matka:..... otec:.....

Děkujeme Vám za vyplnění tohoto dotazníku a za čas, který jste nám věnovali.

Údaje Vámi uvedené považujeme za přísně důvěrné a budou použity pouze k tomu, abychom ošetření přizpůsobili Vašemu zdravotnímu stavu.