

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

Příjmení: Jméno: Titul:

Rodné číslo: Zdravotní pojišťovna: Povolání:

Bydliště:

Telefon domů (mobilní tel.):

OD KOHO JSTE DOPORUČEN?

Zdravotní údaje (Odpovězte prosím pozorně na všechny otázky a zvolenou možnost zakroužkujte):

1. Léčil(a) jste se v **nemocnici** v posledních 12 měsících? ano ne
Pokud ano, na jaké onemocnění?

2. Léčil(a) jste se **ambulantně** v posledních 12 měsících? ano ne
Pokud ano, na jaké onemocnění?

3. Užíval(a) jste nějaké **léky** v době posledních 12 měsíců? ano ne
Pokud ano, jaké?

4. Berete drogy? ano ne
Pokud ano, jaké?

5. Měl(a) jste někdy **alergii** na léky, pyl, prach chemické látky, aj.? ano ne
Pokud ano, na jaké?

6. Máte předepsanou nějakou **dietu** (omezení v jídle)? ano ne
Pokud ano, jakou?

7. Trpíte zvýšenou **krvácivostí** (např. při drobném poranění)? ano ne

8. Máte **kardiostimulátor**? ano ne

9. Pro ženy: jste v současné době **těhotná**? ano ne

10. Označte, která z uvedených nemocí Vás někdy postihla:

onemocnění srdce	astma	jaterní onemocnění	epilepsie
revmatická horečka	cukrovka	žloutenka	otřes mozku
bakteriální endokarditida	onemocnění štítné žlázy	tuberkulóza	duševní nemoc
vysoký krevní tlak	anémie	AIDS	nádor (rakovina)

11. U kterého stomatologa jste zaregistrován(a)?

12. Jaké stomatologické ošetření Vám bylo naposledy poskytnuto?

13. Kdy Vám byl naposledy zhotoven zubní můstek, korunka nebo protéza?

Prohlašuji, že jsem si plně vědom(a) důležitosti výše poskytnutých informací pro mé správné léčení, odpověděl(a) jsem proto úplně a pravdivě na všechny otázky a nezatajil(a) žádné informace o svém zdravotním stavu.

Datum:

Podpis: