**Anamnestický dotazník pacienta**

(pacient / zákonný zástupca označí zakrúžkovaním)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Meno a priezvisko pacienta:**  Rodné číslo:  Trvalé bydlisko: Štátna príslušnosť:  Telefónny kontakt: e-mail: Povolanie: | | | |
| Meno ošetrujúceho všeobecného lekára /lekára pre deti a dorast/ a tel. kontakt: | | | |
| Užívate lieky?  Ak áno, uveďte aké: | áno | nie |  |
| Mali ste niekedy nepríjemnú reakciu pri ošetrení u zubného lekára? | áno | nie |  |
| **Boli ste v minulosti chorý alebo ste sa liečili/liečite sa na niektoré z uvedených ochorení:** | | | |
| Hepatitída (žltačka) | áno | nie | Poznámky: |
| Tuberkulóza | áno | nie |
| Pohlavné ochorenia | áno | nie |
| Reumatická horúčka, šarlach | áno | nie |
| Ochorenia alebo operácie srdca | áno | nie |
| Ochorenia obličiek | áno | nie |
| Vysoký krvný tlak | áno | nie |
| Ochorenia dýchacích ciest, alebo astma | áno | nie |
| Diabetes mellitus (cukrovka) | áno | nie |
| Ochorenia štítnej žľazy, alebo iné hormonálne poruchy | áno | nie |
| Epilepsia | áno | nie |
| Krvné ochorenia | áno | nie |
| Psychiatrické ochorenia | áno | nie |
| Vrodené vývinové chyby | áno | nie |
| Dedičné ochorenia | áno | nie |
| Osteoporóza | áno | nie |  |
| Iné chorenia: | | | |
| **Bola Vám zistená alergia na:** | | | |
| Lieky  ak áno, uveďte ktoré: | áno | nie |  |
| Iné látky  ak áno, uveďte ktoré: | áno | nie |  |
|  | | | |
| Krvácate dlho po poranení? | áno | nie |  |
| Boli ste liečení na nádorové ochorenia? | áno | nie |
| Fajčíte? Ak áno, uveďte počet vyfajčených cigariet denne | áno | nie |
| Ste HIV pozitívny? | áno | nie |
| **Otázky pre pacientky:** | | | |
| Ste tehotná? Ak áno, uveďte mesiac tehotenstva | áno | nie |  |
| Užívate hormonálnu antikoncepciu? | áno | nie |  |
| **Potvrdzujem, že všetky údaje som uviedol (a) správne. Zmenu zdravotného stavu alebo zmenu liečby som povinný (á) aj bez vyzvania oznámiť ošetrujúcemu zubnému lekárovi.**    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  podpis pacienta alebo zákonného zástupcu, dátum | | | |