

Důvěrné osobní údaje - dospělá osoba

(prosíme piště čitelně)

Příjmení		Jméno	
Rodné číslo		Mobil	
Adresa trvalého bydliště			
Adresa korespondenční			
Kontaktní osoba v případě nouze		Mobil	
Email:			
Kontakt na praktického lékaře :			

Zdravotní pojišťovna: (prosíme zaškrtnout)
VZP (111) OZP (207) ZPMVČR (211) VOZP (201) ZPŠkoda (209) ČPZP (205) ZPMA (217) RBP-ZP (213)
Jiná zdravotní pojišťovna nebo samoplátce:

Při dalších návštěvách, prosíme, hlaště veškeré změny předem

podpis pacienta

datum

obrátit

Důvěrné osobní údaje - dospělá osoba

Vážený paciente,

pro poskytnutí vysoce kvalitní zdravotní péče, Vás žádáme o poskytnutí následujících informací:

Prosíme zaškrtnout			
Alergie (zejména léky, analgetika...)	NE	ANO	jaké:
Oční onemocnění (zelený zákal)	NE	ANO	
Máte dýchací obtíže (dušnost, astma)	NE	ANO	
Onemocnění krve, anémie	NE	ANO	
Máte problémy s krevní srážlivostí (krvácíte při zranění hodně a dlouho)	NE	ANO	
Onemocnění srdce (endokarditida, angina pectoris)	NE	ANO	
Onemocnění jater	NE	ANO	
Diabetes mellitus (cukrovka)	NE	ANO	
Onemocnění ledvin	NE	ANO	
Měl/a jste někdy epileptický záchvat	NE	ANO	
Jste kuřák/čka	NE	ANO	kolik denně:
Žena - jste těhotná	NE	ANO	
Užíváte pravidelně léky (antibiotika, léky proti krevní srážlivosti /na ředění krve/, léky proti vysokému/nízkému krevnímu tlaku, kortikoidy, antirevmatika, léky proti řídnutí kostí /osteoporóze/, léky na uklidnění /sedativa/, léky na bolest, nitroglycerinové přípravky, inzulin	NE	ANO	jaké:
Prodělal/a jste chronickou infekci např. tuberkulóza, hepatitida B a C, HIV (AIDS), pohlavní onemocnění (jaké)	NE	ANO	

Zubní anamnéza		
Chodíte pravidelně k zubnímu lékaři? (myšleno 1x za 6 měsíců na preventivní prohlídky)	NE	ANO
Máte v rodinné anamnéze nějaké genetické odchylky či onemocnění? (snížený či zvýšený počet zubů, parodontitis, onkologické onemocnění)	NE	ANO
Pociťujete suchost v ústech? Pálení či bolest ústní sliznice	NE	ANO
Trpíte často afty, opary nebo bolavými ústními koutky	NE	ANO
Máte obtíže s ústní sliznicí (krvácení, bolest, změna barvy či jiné)	NE	ANO
Používáte kromě zubní pasty a kartáčku ještě jiné pomůcky ústní hygieny (zubní nit, mezizubní kartáčky, ústní „sprchy“, ústní vody apod.)	NE	ANO

podpis pacienta

datum