

Anamnestický dotazník k vstupnému vyšetreniu
(Vyplní osoba / zákonný zástupca (u detí a mladistvých do 18 rokov) - označí zakrúžkovaním

Meno, priezvisko a titul pacienta :

(Meno, priezvisko, titul zákonného zástupcu):

Dátum narodenia pacienta :

Boli ste v minulosti chorí alebo ste sa liečili/liečíte na niektoré z uvedených ochorení?

Ochorenia srdca	Infarkt myokardu, angina pectoris	áno	nie	neviem
	Implantovaný kardiostimulátor	áno	nie	neviem
	Iné (aké):	áno	nie	neviem
Vysoký krvný tlak		áno	nie	neviem
Ochorenia dýchacích ciest		áno	nie	neviem
Hormonálne poruchy	Diabetes mellitus (cukrovka)	áno	nie	neviem
	Štítna žľaza	áno	nie	neviem
	Iné (aké):	áno	nie	neviem
Ochorenia obličiek		áno	nie	neviem
Epilepsia a iné neurologické poruchy		áno	nie	neviem
Autizmus, Aspergerov sy a ine PAS a pozornosti		áno	nie	neviem
Porucha zrážanlivosti krvi		áno	nie	neviem
Osteoporóza		áno	nie	neviem
Infekčné ochorenia	Hepatitída	áno	nie	neviem
	Tuberkulóza	áno	nie	neviem
	HIV pozit./iné pohlavné ochorenia	áno	nie	neviem
	Iné (aké):	áno	nie	neviem
Nádorové ochorenia (aké)		áno	nie	neviem
Ak áno, ako ste boli liečení (ožarovanie, lieky)				

Utrpeli ste v minulosti úraz hlavy, boli ste v bezvedomí ?	áno	nie	neviem
Ak áno, popíšte :			
Boli ste v poslednej dobe hospitalizovaní ?	áno	nie	neviem
Ak áno, popíšte :			

Bola Vám (alebo rodinnému príslušníkovi) zistená alergia na :

Lieky (anestetiká, antibiotiká)	áno	nie	neviem
Ak áno, uveďte aké :			
Iné	áno	nie	neviem
Ak áno, uveďte aké :			

Užívate/boli ste liečení liekmi :

Na riedenie krvi (ak áno, aké)	áno	nie	neviem
Na nádorové ochorenia, osteoporózu (ak áno, aké)	áno	nie	neviem
Iné (aké)	áno	nie	neviem

Pre pacientky :

Ste tehotná ?	áno	nie	neviem
Ak áno, uveďte mesiac tehotenstva :			
Užívate hormonálnu antikoncepciu, prípadne inú hormonálnu liečbu ?	áno	nie	neviem
Ak áno, uveďte názov :			

Potvrdzujem, že všetky údaje som uviedol/a správne. Zmenu svojho zdravotného stavu som povinný/á okamžite aj bez vyzvania oznámiť ošetrojúcemu zubnému lekárovi.

Podpis pacienta, dátum