

Vstupní dotazník

ZUBNÍ ORDINACE BHL dent s.r.o.

Osobní data

Příjmení:	Jméno:	Titul:
Datum nar.:	RČ:	Poj. (číslo):
Adresa:		Tel. (mob.):
Povolání:		Email:
Jméno praktického lékaře:		

Náhradní kontaktní osoba v případě nutnosti zanechání vzkazu (nemoc lékaře, nutnost změny termínu objednání apod.)

Jméno a příjmení:	Telefon:
-------------------	----------

Zdravotní stav

1. Probíhá v současnosti nějaká léčba?	ANO	NE
Jaká:		
2. Užíváte aktuálně nebo pravidelně nějaké léky, vč. antikoncepce?	ANO	NE
Jaké:		
3. Máte nebo proběhla alergická či nežádoucí reakce na léčiva (např. antibiotika) nebo anestetika?	ANO	NE
Upřesněte:		
4. Máte nebo proběhla alergická či nežádoucí reakce na kovy a jiné látky?	ANO	NE
Upřesněte:		
5. Léčíte se, či máte některou z následujících diagnóz? Pokud ano, prosím označte.	ANO	NE
<input type="checkbox"/> Vážné infekční onemocnění	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Astma
<input type="checkbox"/> Alergie (lékové, potravinové)	<input type="checkbox"/> Vysoký krevní tlak	<input type="checkbox"/> Onemocnění štítné žlázy
<input type="checkbox"/> Onemocnění plic (astma, emfyzém)	<input type="checkbox"/> Onemocnění žaludku a střev („vředy“ apod.)	<input type="checkbox"/> Porucha krevní srážlivosti (hemofilie)
<input type="checkbox"/> Onemocnění srdce (angína pectoris, infarkt myokardu apod.)	<input type="checkbox"/> Diabetes - cukrovka	<input type="checkbox"/> Hepatitis - žloutenka A, B, C
<input type="checkbox"/> Jiné onemocnění - upřesněte		
6. Užíváte antikoagulantia, antiagregancia (léky na „ředění krve“) - Warfarin, Aspirin?	ANO	NE
Upřesněte:		
7. Jste těhotná? Pokud ano, uveďte týden těhotenství	ANO	NE
8. Prodělal jste úraz hlavy, zubů?	ANO	NE
Upřesněte		
9. Kouříte? Pokud ano, uveďte kolik cigaret denně.	ANO	NE

Pokračujte na druhé straně dokumentu

Zubní péče

1. Jméno Vašeho posledního zubního lékaře:

2. Byl Váš poslední termín preventivní prohlídky před méně než 6 měsíci? ANO NE

3. Máte v současnosti bolest zubu (ů), jiný problém týkající se dutiny ústní? Pokud ano, prosím označte. ANO NE

Suchost v ústní dutině? Obtížné kousání, žvýkání, polykání? Skřípání zubů?

Problém s čelistním kloubem? Probíhá ortodontická léčba (rovnátka)?

Poranění zubů nebo čelisti (vyražení, povyražení, zlomeniny čelisti apod.)?

Nadpočet zubů, zuby nevyrostlé, nezaložené (i v rodině)?

Upřesněte:

4. Preferujete méně návštěv a více výkonů v jednom sezení? ANO NE

5. Máte zájem o péči dentální hygienistky? ANO NE

6. Máte mimořádný strach ze zubního ošetření? (úzkost, fobie) ANO NE

Ochrana osobních údajů: splnění právní povinnosti správce (§ 53 odst. 1 zák. č. 372/2011 Sb.)

Souhlasím se zpracováním svých osobních údajů pro potřeby zdravotnického zařízení ANO NE

Souhlasím se zasíláním informačních zpráv o termínech objednání k ošetření (SMS) ANO NE

Souhlasím se zasíláním informačních zpráv pro marketingové účely ANO NE

Při registraci do zdravotnického zařízení ZUBNÍ ORDINACE BHL dent s.r.o. podle náročnosti výkonů a jejich specifikací souhlasím s ošetřením u kteréhokoliv z lékařů zdravotnického zařízení. ANO NE

Vaše údaje nebudou poskytnuty dalším stranám

Vaše osobní údaje budeme zpracovávat po dobu trvání souhlasu, nejdéle však do uplynutí jednoho roku poté, co přestanete být naším pacientem.

Seznámil (a) jsem se a souhlasím s podmínkami ošetření, ceníkem hrazených výkonů a se zárukami. ANO NE

UPOZORŇUJEME KLIENTY, ŽE NEBUDE-LI OBJEDNANÝ TERMÍN ZRUŠENÝ MIN. 24 HODIN PŘEDEM, JSME OPRÁVNĚNI ÚČTOVAT ÚHRADU ČASOVÉ ZTRÁTY DLE AKTUÁLNÍHO CENÍKU

Datum:

Podpis: pacient/rodič/zákonný zástupce

Podpis: ošetřující lékař