

Dotazník pacienta

Tento dotazník vyplňte, pokud jste na našem pracovišti nový pacient, v případě změny zdravotního stavu a užívaných léků nebo změny osobních údajů. Dotazník je důvěrný a poskytuje informace pouze pro naši potřebu.

Jméno a příjmení: Rodné číslo: Pojišťovna:

Datum a místo narození: Pendlar: ANO NE

Adresa trvalého / přechodného bydliště:

Telefon (mobil): E-mail:

Zaměstnání, adresa a telefon zaměstnavatele:

Jméno + adresa a praktického lékaře:

Jméno stomatologa (pokud jste registrován(a) na jiném pracovišti):

Zdravotní stav: (pokud nic, proškrtejte jednotlivá pole)

S čím se léčíte? Vypište všechny choroby:

.....
.....

Jaké užíváte léky? Jmenovitě všechny užívané léky:

.....
.....

Alergie (např. léky, anestetika, desinfekce, penicilin, jód, konzervační látky, bodnutí včely atd.):

.....

Jste kuřák? ANO NE Pokud ano, kolik cigaret vykouříte za den?

Pokud máte některé z následujících, zaškrtněte:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> cukrovka, epilepsie | <input type="checkbox"/> žloutenka - hepatitida |
| <input type="checkbox"/> kardiostimulátor | <input type="checkbox"/> alergie na léky, anestetika |
| <input type="checkbox"/> závažná infekční onemocnění | <input type="checkbox"/> užíváte bisfosfonáty, imunosupresiva |
| <input type="checkbox"/> potřeba ATB profylaxe před chirurgickým zákrokem | <input type="checkbox"/> stav po radioterapii nebo chemoterapii |
| <input type="checkbox"/> onkologické (nádorové) onemocnění | <input type="checkbox"/> krevní onemocnění (např. hemofilie, leukemie),
léky ovlivňující srážlivost krve |

Podpisem stvrzuji pravdivost zapsaných údajů a dále to, že každou změnu zdravotního stavu, změnu užívaných léků, nově vyskytlé alergie nebo změnu zdravotní pojišťovny nahlásím při příchodu do ordinace.

Souhlasím se zpracováním osobních údajů pro potřebu vedení zdravotnické dokumentace.

Datum: Podpis pacienta / zákonného zástupce:

