

## DOTAZNÍK DĚTSKÉHO PACIENTA

Vážená paní, vážený pane,

dovolujeme si Vás požádat o pečlivé vyplnění dotazníku Vámi zastupovaného dítěte, který se stane podkladem pro založení jeho zdravotnické dokumentace. Získané informace o zdravotním stavu dítěte pomohou zubnímu lékaři či dentální hygienistce zvolit optimální individuální léčebný postup.

Dotazník bude po záznamu poskytnutých informací do zdravotnické dokumentace skartován.

### Dítě:

Jméno:  Příjmení:   
Datum narození:  Státní příslušnost:   
Pojišťovna:  Číslo pojištěnce:   
Bydliště:

### Zákonný zástupce 1

Jméno:  Příjmení:   
Bydliště:   
E-mail:  Telefon:

### Zákonný zástupce 2

Jméno:  Příjmení:   
Bydliště:   
E-mail:  Telefon:

### Zatrhňte prosím:

- Opatrovník  
 Pěstoun  
 Osoba zmocněná zákonným zástupcem  
 Jiná pečující osoba (vypsát):

Jméno:  Příjmení:   
Bydliště:   
E-mail:  Telefon:

**V následující části dotazníku, v případě kladné odpovědi, prosíme označit příslušný**

řádek, případně vypište podrobnější údaje:

Alergie (jaké?):

Nesnášenlivost léků (jakých?):

Astma / Nemoci dýchacích cest:

Cukrovka (tablety, injekce):

Častější krvácení (léčené?):

Epilepsie (s léky, bez?):

Hemofilie:

Mononukleóza:

Revmatická horečka:

Srdeční onemocnění, operace srdce:

Kardiostimulátor:

Vysoký krevní tlak:

Žloutenka (typ):

HIV:

Dlouhodobě užívané léky:

Jiná onemocnění:

Úrazy a operace zubů, čelistí, v ústech:

Rozštěpové vady:

Ortodontická léčba (rovnátka):

Doplňující údaje o zubech dítěte

Fluoridové tablety:

Doba od poslední preventivní prohlídky (v měsících):

Rodinné anamnestické údaje

Dědičná a závažná onemocnění rodičů nebo sourozenců:

Pediatr (jméno, telefon):

Specialista (jméno, telefon):

Jak jste se o nás dozvěděli?

- Tiskoviny - letáky - plakáty
- Internet
- Facebook
- Instagram
- Newsletter
- Na doporučení
- Jiné:

Upozornění:

Pokud se nebudete moci dostavit ve sjednaném termínu, informujte prosím recepci prostřednictvím SMS, e-mailu, případně telefonicky, nejpozději 24 hodin předem.

Umožníte tak využití času plánovaného pro Vás, pro ošetření jiných pacientů.

Pokud se pacient nedostaví na sjednaný termín ošetření bez včasné omluvy, může být před dalším objednáním požadována záloha ve výši od 500 Kč. Tato záloha v případě další neomluvené absence není vratná.

Dne

Podpis .....