****

**Apolona Dental s.r.o.**

Nádražní 2495/20 , 301 00 Plzeň

email: info@apolonadental.cz  
tel: [+420 377 534 133](tel:%20+420%20377534133)  
mob: [+420 602 610 613](mob:%20+420%20602610613)  
IČO: 06918581

**Důvěrný dotazník pacienta**

Tento dotazník poskytuje Vašemu zubnímu lékaři důležité informace o vašem zdravotním stavu. Tato data neslouží k jinému účelu a podléhají lékařskému tajemství.

**Osobní data:**

Jméno: …………..……….…………. Příjmení: ……..………….………………………………. Titul: …………………………...……

Datum nar: ……………..….…….. Rodné číslo: ……………….……………………………. Pojišťovna: ………………………

Adresa: …………………………………………………………………………..…………….…………… Telefon: ……….…………………..

E-mail: ………………………………………………………………………………….……………..……. St. příslušnost: ……………..…

Jméno, adresa a telefon praktického lékaře:

………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………..

Kontaktní osoba pro případ nutnosti zanechání vzkazu (nemoc lékaře, nutnost změny termínu objednání apod., v případě shodných údajů s předchozím -nevyplňujte)

Jméno: ……………………………………………….. telefon: ……………………… Email: …………………...…….…………………

**Zdravotní stav:**

Byl/a jste hospitalizován/a během posledních dvou let ? ANO NE

Z jakého důvodu?: …………………………………………………………………………………………………………………

Užíváte pravidelně nějaké léky (včetně antikoncepce)? ANO NE

Jaké? …………………………………………………………………………………………………………….………………………

Proběhla u Vás někdy alergická nebo jiná nežádoucí reakce na léky, anestetika nebo kovy? ANO NE

Upřesněte: ……………………………………………………………………………………………..……………………………

Máte některé z následujících onemocnění? Pokud ano, upřesněte:

* Vážné infekční onemocnění (hepatitis-žloutenkaA, B, C, HIV, TBC apod.)
* Onemocnění srdce (angina pectoris, infarkt myokardu, Infekční endokarditida, revmatická horečka apod.)
* Porucha krevní srážlivosti (hemofilie aj.)
* Vysoký krevní tlak
* Astma
* Alergie (lékové, potravinové, pylové aj.)
* Epilepsie
* diabetes – cukrovka
* osteoporóza
* jaterní onemocnění
* rakovina
* duševní onemocnění
* jiné onemocnění - upřesněte

Upřesněte: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Užíváte léky na „ředění krve“ (antikoagulancia, antiagregancia) -warfarin, heparin apod.? ANO NE

Upřesněte: …………………………………………………………………………………………………………………………

Máte kardiostimulátor? ANO NE

Jste těhotná? ANO NE

Informoval Vás Váš praktický lékař nebo internista o potřebě antibiotické clony

(profylaxe)před některými výkony? ANO NE

Důvod: …………………………………………………………………………………………………………………………………

Jste v transplantačním programu nebo po transplantaci? ANO NE

Užíváte léky potlačující imunitu (imunosupresiva)? ANO NE

Prodělal/a jste někdy v minulosti úraz hlavy, zubů? ANO NE

Upřesněte: …………………………………………………………………………………………………………………………….

Kouříte? ANO NE Užíváte drogy? ANO NE

Byl jsem v minulosti v péči:

* MDDr. Barbora Blažíčková
* MDDr. Petr Havlík
* MUDr. Ivana Basáková
* Jiný zubní lékař

Máte v současnosti bolest zubu (ů) nebo jiný problém týkající se oblasti dutiny ústní? ANO NE

Upřesněte: …………………………………………………………………………………………………………………………….

**Souhlasím se zasíláním informačních sms zpráv o termínech objednání k ošetření.** ANO NE

Vyplněné údaje jsou pravdivé a všemu rozumím. O případné změně zdravotního stavu informuji svého ošetřujícího zubního lékaře.

Beru na vědomí, že se registruji do zdravotnického zařízení Apolona Dental s.r.o., proto je možné, že mohu být ošetřen(a) jakýmkoliv lékařem/lékařkou, který(á) je v této společnosti zaměstnán(a). Beru na vědomí, že jako pacient mám práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 372/2011 Sb. §48, odst. 2. V tomto smyslu bude při opakovaném porušení součinnosti v léčbě (nedodržení objednaných termínů bez předchozí omluvy nejméně 24 hodin předem) registrace v našem zdravotnickém zařízení zrušena.

Datum: …………………. Podpis pacienta/rodiče/zákonného zástupce: …………………………………