

## Anamnestický dotazník pro děti

Vážení rodiče,

vyplňte, prosím, úplně a pravdivě následující dotazník. Údaje v něm uvedené slouží k optimálnímu naplánování léčby Vašeho dítěte. Veškeré informace podléhají lékařskému tajemství a zákonu č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Jakékoli pozdější změny v kontaktních údajích nebo změny zdravotního stavu nahlaste při další návštěvě.

Jméno a příjmení dítěte \_\_\_\_\_

Datum narození \_\_\_\_\_ Rodné číslo \_\_\_\_\_

Trvalé bydliště \_\_\_\_\_

Zdravotní pojišťovna \_\_\_\_\_

Jméno a příjmení matky \_\_\_\_\_

Povolání \_\_\_\_\_

Telefonní číslo \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Jméno a příjmení otce \_\_\_\_\_

Povolání \_\_\_\_\_

Telefonní číslo \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**V následující části prosím v případě kladné odpovědi zaškrtněte a případně dopište podrobnosti:**

- alergie (pokud ano, uveďte jakou) \_\_\_\_\_
- alergie na léky (jaké, jak se projevuje) \_\_\_\_\_
- onemocnění dýchacích cest (astma...) \_\_\_\_\_
- onemocnění srdce a cév \_\_\_\_\_
- obtíže s krevní srážlivostí \_\_\_\_\_
- cukrovka \_\_\_\_\_
- žloutenka (typ) \_\_\_\_\_
- neurologická onemocnění (epilepsie, autismus) \_\_\_\_\_
- onemocnění trávicího traktu a jater \_\_\_\_\_
- onemocnění ledvin \_\_\_\_\_

- nádorová onemocnění (i v minulosti) \_\_\_\_\_
- obtíže s imunitou \_\_\_\_\_
- jiná onemocnění \_\_\_\_\_

**Zde uveďte prosím všechny pravidelně užívané léky včetně dávkování:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kdy bylo dítě naposledy na preventivní prohlídce u stomatologa? \_\_\_\_\_

Prodělalo dítě v minulosti nějaký úraz nebo operaci v oblasti hlavy a krku? \_\_\_\_\_

Léčí se dítě na ortodoncii? (léčba rovnátky) \_\_\_\_\_

Problémy při zubním ošetření v minulosti \_\_\_\_\_

Pediatr (jméno, kontakt) \_\_\_\_\_

Váš preferovaný den a hodina návštěvy zubního lékaře (např. pondělky odpoledne, kterýkoliv den ráno atd.)

Preferovaný kontakt (zakroužkujte)      SMS      e-mail      telefon

V případě, že se nebudete moci dostavit na objednaný termín, omlouvejte se vždy, prosím, s předstihem alespoň 24 hodin. Pomůžete nám tak zajistit hladký chod ordinace. Pokud se bez omluvy nedostavíte na objednaný termín ošetření delší než 30 minut 2x po sobě, bude Vám následující termín sjednán pouze po složení zálohy 500,-, která v případě opětovného nedodržení termínu propadá.

Děkujeme za pochopení.

V Kladně dne \_\_\_\_\_

Podpis zákonného zástupce \_\_\_\_\_