Důvěrný dotazník pacienta

Klinika: Charisma Dental s.r.o.
Adresa: Velká Hradební 3385/9, Ústí nad Labem, 400 01
IČ: 03439968
E-mail: Charismadental9@gmail.com | **Tel.:** 606 028 898

1. Osobní a kontaktní údaje

Příjmení:	**Jméno:**	**Titul:**
Datum narození:	**Rodné číslo / Číslo pojištěnce:**	
Pojišťovna:	**Adresa trvalého bydliště:**	
Tel. (mobil):	**E-mail:**	**Zaměstnání:**

2. Lékařská péče a nouzové kontakty

- **Jméno a telefon Vašeho praktického lékaře:**
- **Náhradní kontaktní osoba v případě nutnosti zanechání vzkazu (nemoc lékaře, změna termínu apod.):**
  - Jméno a příjmení:
  - Tel.:

3. Zdravotní anamnéza a medikace

Máte nebo proběhla alergická či nežádoucí reakce na léčiva (např. antibiotika) nebo anestetika, reakce na kovy, potraviny a jiné látky?
[ ] ANO [ ] NE
Upřesněte: .....

Léčíte se či máte některou z následujících diagnóz? (Pokud ano, prosím označte křížkem)

[ ] Vážné infekční onemocnění (upřesněte)	[ ] Epilepsie
[ ] Astma	[ ] Alergie
[ ] Vysoký krevní tlak	[ ] Onemocnění štítné žlázy
[ ] Onemocnění plic (astma, emfyzém)	[ ] Závažná kožní onemocnění
[ ] Zhoubný nádor	[ ] Onemocnění žaludku a střev („vředy“ apod.)
[ ] Porucha krevní srážlivosti (hemofilie)	[ ] Onemocnění srdce (angína pectoris, infarkt atd.)
[ ] Kardiostimulátor	[ ] Diabetes - cukrovka
[ ] Hepatitis - žloutenka A, B, C	[ ] HIV / AIDS
[ ] Jiné onemocnění - upřesněte:	

- **Užíváte léky?** [ ] ANO [ ] NE
  Jaké: .....
- **Jste těhotná?** Pokud ano, kolik měsíců: .....
- **Potřebujete antibiotickou profylaxi? (určuje praktický lékař nebo internista)**
  [ ] ANO [ ] NE
  Důvod: .....
- **Kouříte?** [ ] ANO [ ] NE

4. Stomatologická anamnéza

- **Jméno vašeho posledního zubního lékaře:**
- **Datum poslední návštěvy:**
- **Měl(a) jste někdy obtíže při stomatologickém výkonu? (zažíváte mdloby, omdléváte?)** [ ] ANO [ ] NE
- **Prodělal(a) jste úraz hlavy, zubů?** [ ] ANO [ ] NE
  Upřesněte: .....

  .....

Máte v současnosti bolest zubů nebo jiný problém týkající se dutiny ústní? (Pokud ano, prosím označte křížkem)

[ ] Suchost v ústní dutině	[ ] Skřípání zubů	[ ] Trpíte krvácením z dásní?
[ ] Problém s čelistním kloubem	[ ] Trpíte slizničním onemocněním?	[ ] Probíhá ortodontická léčba (rovnátka)?
[ ] Obtížné kousání, žvýkání, polykání?		

Upřesněte: .....

- **Využíváte ošetření v rámci dentální hygieny?** [ ] ANO [ ] NE
- **Bojíte se zubního ošetření?** [ ] ANO [ ] NE

5. Poučení a souhlas se zpracováním osobních údajů

Charisma Dental s.r.o. je správcem Vašich osobních údajů a zpracovává je v souladu s Nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 (GDPR) a zákonem č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů. Tyto údaje jsou shromažďovány, zpracovávány a uchovávány za účelem poskytování zdravotních služeb podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a jejich poskytnutí je pro účely léčby nezbytné.
V souladu s vyhláškou č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, jsou Vaše osobní údaje uchovávány po dobu 10 let od posledního poskytnutí zdravotní péče. Po uplynutí této skartační lhůty je dokumentace bezpečně zničena. Společnost Charisma Dental s.r.o. se zavazuje chránit tyto údaje před zneužitím a neposkytovat je neoprávněným třetím stranám.

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