

Vážení rodiče,

dovoluji si tímto nabídnout stomatologické ošetření Vám i dětem, navštěvující
ZÁKLADNÍ ŠKOLU, PRAHA 10 – HOSTIVAŘ, Kozinova 1000, 102 00.
Pokud máte zájem o ošetření Vašeho dítěte, vyplňte prosím tento krátký dotazník.
Získané informace pomohou ke kvalitnímu ošetření Vašeho dítěte.

Děkuji Vám za spolupráci

MUDr. Irena Pšeničná
tel. 271 751 294

----- zde odstříhnete -----

Určeno pouze pro potřebu lékař. zubní ordinace.

Jméno a příjmení : Rodné číslo:...../.....

Zdravotní pojišťovna :

Adresa trval. bydliště dítěte :

Telefon domů : do zaměstnání rodičů :

Má dítě některou ze systémových chorob ?

- Epilepsie
- Cukrovka
- Vrozená srdeční vada, nebo jiná onemocnění srdce a cév
- Poruchy štítné žlázy
- Poškození jater ledvin
- Poruchy krevní srážlivosti nebo prodloužená krvácivost
- Lékové alergie
- jiné alergie

Prosím zakroužkujte :

1/ Nemám zájem o nadstandardní materiály / dítěti budou léčeny zuby pouze tuzemskými materiály, které plně hradí pojišťovna/

2/ Mám zájem o nadstandardní materiály a úkony, které si hradí pacient sám. Jedná se zahraniční materiály a nadstandardní pracovní postupy, které hradí pojišťovna buď částečně, nebo vůbec nehradí.

3/ Mám zájem o nadstandardní léčbu pouze v předním úseku chrupu. V případě nadstandardní léčby musí chodit rodiče s dítětem na každé ošetření, nebo léčbu volí lékařka sama podle nejnovějších stomatologických poznatků. V tomto případě může dítě chodit samo a na ošetření si přinese předem dohodnutou finanční částku.

Na každé ošetření i na pravidelné preventivní prohlídky si dítě nosí průkazku zdravotní pojišťovny nebo její fotokopii.

Protože není fluorizovaná voda používejte na vaření kuchyňskou sůl s fluoridem.

Na preventivní prohlídku, která je 2 x ročně přijdou děti s vyčištěnými zuby. Kartáček a pastu budou mít s sebou.

Jiná důležitá sdělení lékaři :

V Praze dne

.....

podpis rodičů (zákon. zástupce)

Školní rok

Třída:

Jméno:

Rodné číslo:

Zdr. pojišťovna:

Vážení rodiče,

protože jste zodpovědní za zdravotní stav Vašich dětí, měli byste podle nařízení ministerstva zdravotnictví navštěvovat s dětmi, kterým ještě nebylo 15 let, 2x ročně stomatologa a preventivní prohlídku podepsat do zdravotní dokumentace dítěte. Pokud budete chtít, aby Vaše dítě chodilo bez dozoru rodičů, podepište mi, prosím, plnou moc k provedení preventivní prohlídky, která bude součástí zdravotní dokumentace Vašeho dítěte.

Změnil se zdravotní stav Vašeho dítěte?

ne - **ano** (jak).....

MUDr. Irena Pšeničná

PLNÁ MOC

k poskytnutí individuální stomatologické preventivní prohlídky u dítěte :

.....

V Praze dne:

.....
podpis rodičů (zákon. zástupce)

ANAMNESTICKÝ DOTAZNÍK

Příjmení: *Jméno:*..... *Titul:*

Rodné číslo : *Zdr. pojišť':*..... *Povolání:*.....

Bydliště – adresa:

Mobilní telefon *E-mail*

ZDRAVOTNÍ ÚDAJE

Odpovězte prosím pozorně na všechny otázky

1. Léčil(a) jste se v nemocnici v posledních dvou letech? ano ne
Pokud ano, na jaké onemocnění?

2. Léčil(a) jste se ambulantně v posledních dvou letech? ano ne
Pokud ano, na jaké onemocnění?

3. Užíval(a) jste nějaké léky v době posledních 12 měsíců? ano ne
Pokud ano, jaké?

4. Berete drogy? ano ne
Pokud ano, jaké?

5. Měl(a) jste někdy alergii na léky, pyl, prach, chem. látky, aj.? ano ne
Pokud ano, na jaké?

6. Máte předepsanou nějakou dietu (omezení v jídle)? ano ne
Pokud ano, jakou?

7. Trpíte zvýšenou krvácivostí (např. při drobném poranění)? ano ne
Pokud ano, upřesněte důvod:

8. Máte kardiostimulátor? ano ne

9. Označte, která s uvedených nemocí Vás někdy postihla:

onemocnění srdce	astma	jaterní onemocnění	epilepsie
revmatická horečka	cukrovka	žloutenka	otřes mozku
bakteriální endokarditida	tuberkulóza	onemocnění štítné žlázy	duševní nemoc
vyšoký krevní tlak	anémie	AIDS	nádor (rakovina)

10. Uveďte jiné důležité údaje o Vašem zdravotním stavu:

Prohlašuji, že jsem si vědom(a) důležitosti výše poskytnutých informací pro mé správné léčení, odpověděl(a) jsem proto úplně a pravdivě na všechny otázky a nezatajil(a) žádné informace o svém zdravotním stavu.

Dne:.....

.....

podpis