

Dotazník pacienta

Tento dotazník vyplňte, pokud jste na našem pracovišti nový pacient, v případě změny zdravotního stavu a užívaných léků nebo změny osobních údajů. Dotazník je důvěrný a poskytuje informace pouze pro naši potřebu.

Jméno a příjmení: Rodné číslo: Pojišťovna:

Datum a místo narození:

Adresa trvalého / přechodného bydliště:

Telefon (mobil): E-mail:

Zaměstnání, adresa a telefon zaměstnavatele:

Jméno + adresa a praktického lékaře:

Jméno + adresa oš. stomatologa (pokud jste registrován(a) na jiném pracovišti):

Zdravotní stav:

S čím se léčíte? Vypište všechny choroby:

.....
.....

Jaké užíváte léky? Jmenovitě všechny užívané léky:

.....
.....

Alergie (např. léky, anestetika, desinfekce, penicilin, jód, konzervační látky, bodnutí včely atd.):

.....

Jste kuřák? ANO NE Pokud ano, kolik cigaret vykouříte za den?

Pokud máte některé z následujících, zaškrtněte:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> cukrovka, epilepsie | <input type="checkbox"/> žloutenka - hepatitida |
| <input type="checkbox"/> kardiostimulátor | <input type="checkbox"/> alergie na léky, anestetika |
| <input type="checkbox"/> závažná infekční onemocnění | <input type="checkbox"/> užíváte bisfosfonáty, imunosupresiva |
| <input type="checkbox"/> potřeba ATB profylaxe před chirurgickým zákrokem | <input type="checkbox"/> stav po radioterapii nebo chemoterapii |
| <input type="checkbox"/> onkologické (nádorové) onemocnění | <input type="checkbox"/> krevní onemocnění (např. hemofilie, leukemie),
léky ovlivňující srážlivost krve |

Podpisem stvrzuji pravdivost zapsaných údajů a dále to, že každou změnu zdravotního stavu, změnu užívaných léků, nově vyskytlé alergie nebo změnu zdravotní pojišťovny nahlásím při příchodu do ordinace.

Datum: Podpis pacienta / zákonného zástupce: