## Vstupní dotazník dětského pacienta

Vážená paní / vážený pane,

jsme rádi, že Vám záleží na zdraví Vašeho dítěte.
Vaše odpovědi na otázky níže jsou důležitým podkladem pro nastavení jeho léčebného plánu. Informace o zdravotním stavu dítěte nám pomohou navrhnout optimální a individuální plán léčby s největší efektivitou a bezpečností.

## Dítě

Jméno: ......................... Příjmení: .........................

Datum narození: ......................... Státní příslušnost: .........................

Pojišťovna: ......................... Rodné číslo: .........................

Bydliště: .........................

## Zákonný zástupce 1

Jméno: ......................... Příjmení: .........................

Bydliště: .........................

E-mail: ......................... Telefon: .........................

## Zákonný zástupce 2

Jméno: ......................... Příjmení: .........................

Bydliště: .........................

E-mail: ......................... Telefon: .........................

## Zákonná povinnost (zaškrtněte):

☐ Otec/matka

☐ Pěstoun

☐ Osoba pověřená rozhodnutím soudu

☐ Jiná pečující osoba (uveďte): .........................

Jméno: ......................... Příjmení: .........................

Bydliště: .........................

E-mail: ......................... Telefon: .........................

## Ošetřující lékař dítěte:

Jméno: .........................

Adresa: .........................

Telefon do ordinace: .........................

**Specialista (pokud dítě navštěvuje):**

Jméno a příjmení: .........................

Obor: ………………………………….

Telefon do ordinace: .........................

## Zaškrtněte, které obtíže se v minulosti vyskytly nebo se vyskytují u Vašeho dítěte:

☐ Alergie (jaké?):

☐ Nesnášenlivost léků (jakých?):

☐ Astma / Nemoci dýchacích cest:

☐ Onemocnění srdce, cév (operace, vrozené vývojové vady srdce?):

☐ Kardiostimulátor, kardioverter:

☐ Krevní tlak (vysoký, nízký):

☐ Cystická fibróza

☐ Cukrovka (typ, léčba?):

☐ Epilepsie (s záchvaty / bez?):

☐ Změny srážlivosti krve (zvýšená, snížená?):

☐ Muskulární dystrofie

☐ Vyšetření sluchu, vadný sluch:

☐ Vyšetření zraku, vadný zrak:

☐ Zlomeniny, úrazy či onemocnění v oblasti hlavy a krku (kdy,kde?):

☐ HIV

☐ Žloutenka (typ, kdy?):

☐ Porucha autistického spektra (PAS)

☐ Vývojová dysfázie

☐ Nádorové onemocnění:

☐ Osteoporóza

☐ Onemocnění štítné žlázy:

## ☐ Jiná onemocnění (vyjmenujte):

**Dlouhodobě užívané léky (vyjmenujte):**

**Kojení:** ☐ ANO ☐ NE **Mléko v noci (i lahvička):** ☐ ANO ☐ NE

**Stomatologická anamnéza:**

**Poslední návštěva u zubního lékaře (měsíc/rok):** ……………………………………

**Spolupráce při ošetření:** DOBRÁ / STRACH, ALE SPOLUPRACUJE / NESPOLUPRÁCE

**Osobní ústní hygiena** (jaké pomůcky používáte při čištění zubů? - zaškrtněte):

☐ Elektrický zubní kartáček

☐ Manuální zubní kartáček

☐ Zubní niť

☐ Mezizubní kartáček

☐ Zubní pasta: ☐ ANO ☐ NE ☐ s fluoridy ☐ bez fluoridů

☐ Ústní voda

**Jak často si dítě čistí zuby?** ...................................

**Fluoridace (tablety):** ☐ Ano ☐ Ne ☐ Jiná (gely): ...................................

**Návštěva dentální hygieny:** pravidelně / příležitostně / nikdy

**Ortodontická léčba (rovnátka):** ☐ Aktuálně probíhá ☐ Proběhla ☐ Teprve se čeká na ortodontické vyšetření/ošetření ☐ Orto léčba se ještě neřešila

**Vada skusu v rodině:** ☐ NE ☐ ANO (typ): …………………………….

**Nezaložené stálé zuby v rodině:** ☐ NE ☐ ANO (jaké,počet?): …………………

**Genetická vada tvrdých zubních tkání v rodině:** ☐ NE ☐ ANO (typ): ………………………

**Zlozvyky:** ☐ Sání palce ☐ Dýchání ústy ☐ Skřípání zubů ☐ Přikusování rtu,tvářové sliznice

**Dudlík:** ☐ ANO ☐ NE (odstraněn kdy?): …………………

V………………………………………………………………………………. dne ……………………………….

**Podpis zákonného zástupce :**