**Vstupní dotazník dospělého pacienta**

Vážená paní / vážený pane,

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

**Pacient:**

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

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

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

Bydliště: .........................

**Ošetřující lékař:**

Jméno: .........................

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

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

**Specialista (pokud docházíte):**

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

Obor: ………………………………….

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

**Zaškrtněte, které obtíže se u Vás v minulosti vyskytly nebo se stále vyskytují:**

☐ 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)

☐ Nádorové onemocnění:

☐ Osteoporóza

☐ Onemocnění štítné žlázy:

☐ Jiná onemocnění (vyjmenujte):

**Dlouhodobě užívané léky (vyjmenujte):**

**Stomatologická anamnéza:**

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

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

☐ Elektrický zubní kartáček

☐ Manuální zubní kartáček

☐ Zubní niť

☐ Mezizubní kartáček

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

☐ Ústní voda

☐ Ústní sprcha

**Jak často si čistíte zuby?** ...................................

**Fluoridace:** ☐ ANO ☐ NE

**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): …………………………….

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

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

**Kouření:** ☐ ANO ☐ NE

**Alkohol:** ☐ Často ☐ Příležitostně ☐ Abstinent

**Těhotenství (aktuální stav - vyplní ženy):** ☐ NE ☐ ANO (jaký trimestr?):

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

**Podpis pacienta:**