

DOTAZNÍK DĚTSKÉHO PACIENTA

Vyplňte prosím pečlivě následující dotazník, který je podkladem pro vytvoření zdravotní dokumentace Vašeho dítěte. Získané informace budou použity při volbě léčebných postupů. Informace podléhají lékařskému tajemství, zaručujeme jejich ochranu.

Dítě:

Jméno:	<input type="text"/>	Příjmení:	<input type="text"/>
Rodné číslo:	<input type="text"/>	Datum narození:	<input type="text"/>
Pojišťovna:	<input type="text"/>	Číslo pojištěnce:	<input type="text"/>
Bydliště:	<input type="text"/>		
Státní příslušnost:	<input type="text"/>	Státní příslušnost:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>

Zákonný zástupce 1 (matka)

Jméno:	<input type="text"/>	Příjmení:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>

Zákonný zástupce 2 (otec)

Jméno:	<input type="text"/>	Příjmení:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>

V následující části dotazníku, v případě kladné odpovědi, označte příslušný řádek, případně vypište podrobnější údaje:

<input type="checkbox"/> Alergie (jaké?):	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Nesnášenlivost léků:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Astma / Nemoci dýchacích cest:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Cukrovka (tablety, injekce):	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Častější krvácení (léčené?):	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Epilepsie (s léky, bez?):	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Hemofilie:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Mononukleóza:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Revmatická horečka:	<input type="text"/>

- Srdeční onemocnění, operace srdce:
- Kardiostimulátor:
- Vysoký krevní tlak (hodnota):
- Žloutenka (typ):
- HIV:
- Dlouhodobě užívané léky:
- Jiná onemocnění:

Pediatr (jméno, telefon):

Doba od poslední preventivní prohlídky (v měsících):

Rodinné anamnestické údaje

Dědičná a závažná onemocnění rodičů nebo sourozenců:

Doplňující údaje o zubech dítěte

Fluoridové tablety:

Úrazy a operace zubů, čelistí, v ústech:

Rozštěpové vady:

Ortodontická léčba (rovnátka):

Jak jste se o nás dozvěděli?

- Venkovní reklamní plocha – kde:
- Tiskoviny - letáky - plakáty
- Internet
- Facebook
- Instagram
- Newsletter
- Na doporučení
- Jiné:

V případě, že se nebudete moci dostavit na objednaný termín, se prosím vždy omlouvejte s předstihem pomocí SMS či e-mailu (z důvodu možnosti zpětného dohledání omluvy).

Pokud se pacient bez včasné omluvy nedostaví na sjednaný termín ošetření (min. 24 hod. před daným termínem), může od něho být před objednáním na další termín požadována záloha minimálně ve výši 500 Kč. Tato záloha v případě opětovného nedodržení termínu propadá. Děkujeme za pochopení.

Dne

Podpis