Anamnestický dotazník

pro vstupní vyšetření na dentální hygienu

Zdravotní středisko Hostivař, s.r.o.

Příjmení a jméno	**Den, měsíc a rok narození**
Adresa bydliště	**Rodné číslo**
Telefon	**Email**
Kontaktní osoba pro stav nouze	**Telefon**
Ošetřující zubní lékař	
Jak jste se o nás dozvěděli: ☐ doporučení lékaře ☐ osobní doporučení ☐ internet ☐ Facebook ☐ jiné:	

Zdravotní údaje

(zaškrtněte, případně uveďte)

Jste alergik: ☐ ne ☐ ano, specifikujte:

Alergie na antibiotika: ☐ ne ☐ Penicilin ☐ Tetracyklin ☐ jiná:

Alergie na anestetika: ☐ ne ☐ ano, specifikujte:

Alergie na dezinfekční prostředky: ☐ ne ☐ jód ☐ chlór ☐ jiné:

Alergie na kovy: ☐ ne ☐ ano, specifikujte:

Alergie na plasty: ☐ ne ☐ latex ☐ pryskyřice ☐ jiné:

Užíváte pravidelně léky: ☐ ne ☐ ano, specifikujte:

Trpíte, nebo jste prodělali některou z následujících chorob

(zaškrtněte, případně uveďte)

Choroby srdce a cév: ☐ ne ☐ vysoký krevní tlak ☐ infarkt myokardu ☐ angina pectoris ☐ vrozené srdeční vady ☐ umělá srdeční chlopeň ☐ stav po bakteriální endokarditis

Jste nositel: ☐ ne ☐ kardiostimulátoru ☐ defibrilátoru ☐ by-passu ☐ umělé kloubní náhrady

Krevní choroby: ☐ ne ☐ chudokrevnost ☐ leukemie ☐ poruchy srážlivosti

Choroby štítné žlázy: ☐ ne ☐ zvýšená funkce ☐ snížená funkce ☐ záněty

Diabetes mellitus – cukrovka: ☐ ne ☐ ano, užíváte: ☐ injekčně inzulin ☐ tablety ☐ dietu

Choroby žaludku: ☐ ne ☐ vředy ☐ choroby střev

Choroby jater: ☐ ne ☐ cirhóza ☐ žloutenka, jaký typ:

Choroby ledvin: ☐ ne ☐ ano, specifikujte:

Choroby plic: ☐ ne ☐ astma průdušek ☐ léčba dýchacím přístrojem

Poruchy imunitního systému: ☐ ne ☐ ano, specifikujte:

HIV pozitivní/AIDS: □ ne □ ano	
Nádorová onemocnění: □ ne □ léčba ozařováním □ léčba chemoterapií	
Epilepsie: □ ne □ s léky □ bez léků	
Revmatická onemocnění: □ ne □ ano	
Osteoporóza: □ ne □ ano, léčba s obsahem Ca □ ano, léčba bez obsahu Ca	
Psychiatrické onemocnění: □ ne □ ano, specifikujte:	
Zelený oční zákal: □ ne □ ano	**Šedý oční zákal:** □ ne □ ano
Další jiná onemocnění:	
Kuřák: □ ne □ ano, počet cigaret denně:	
Pro ženy	**Těhotenství:** □ ne □ ano, měsíc:

Máte některou z těchto zkušeností týkající se zubů

(zaškrtněte, případně uveďte)

Citlivost na: □ studené □ horké □ sladké □ kyselé	
Potíže s dásněmi: □ krvácení □ otok □ citlivost □ bolestivost □ vytékající hnis	
Trápí Vás zápach z úst: □ ne □ ano	**Viklavost zubů:** □ ne □ ano
Skřípání zubů: □ ne □ ano	**Zatínání zubů:** □ ne □ ano
Máte potíže se: □ žvýkáním □ polykáním □ kousáním	
Trpíte nedostatečnou tvorbou slin v dutině ústní: □ ne □ ano	
Máte problémy s čelistním kloubem: □ ne □ ano, bolest □ ano, přeskakování □ ano, omezené otevírání úst	
Podstoupili jste bělení zubů: □ ne □ ano	**Máte dentální implantát:** □ ne □ ano
Nosili jste rovnátka: □ ne □ ano, fixní □ ano, snímací	
Léčba dásní (periodontální) u specialisty parodontologa: □ ne □ ano, kdy:	
Byli jste již v minulosti na profesionální dentální hygieně: □ ne □ ano, kdy:	
Uveďte, kdy jste byli naposledy na prevenci u zubního lékaře:	

Otázky ohledně vaší ústní hygieny a návyků stravování

(zaškrtněte, případně uveďte)

Jste si vědomi výskytu: □ krvácení dásní □ zubního kamene □ pigmentací
Jaké používáte dentální pomůcky:
Klasický zubní kartáček máte tvrdosti: □ měkké □ střední □ tvrdé
Elektrický zubní kartáček: □ ne □ ano, rotační (hlavice se otáčí) □ ano, sonický – (hlavice vrní)
Ústní sprcha: □ ne □ ano
Používáte mezizubní pomůcky: □ ne □ ano, dentální nit □ ano, mezizubní kartáčky jak často:
Jakou zubní pastu používáte:
Používáte speciální fluoridový gel: □ ne □ ano
Pijete často sladké (cola, fanta) či kyselé (100 % džus, víno) nápoje: □ ne □ ano

Specifikace pro spolupracujícího lékaře

Uděluji souhlas s podáváním informací o svém zdravotním stavu, s nahlížením do své zdravotnické dokumentace a pořizováním kopie zdravotnické dokumentace pro tuto osobu/tyto osoby:

Příjmení a jméno: Kontakt:

Způsob poskytování informací výše uvedeným osobám

(telefonicky, emailem, osobně)

Souhlasím se zasíláním lékařských zpráv na výše uvedený email. Jsem si vědom/a veškerých rizik, která přináší elektronická komunikace. Stvrzuji, že jsem byl/a seznámen/a s aktuálním ceníkem v ordinaci dentální hygieny.

Potvrzuji svůj souhlas dostávat od poskytovatele nabídky a aktualizace medicínského rázu prostřednictvím emailu:
ne **ano** *(nehodící se škrtněte)*

Tento souhlas mohu kdykoliv písemně odvolat. Pokud dojde ke změně mého zdravotního stavu či změně v užívaných lécích, budu o těchto skutečnostech informovat bezprostředně při nejbližší návštěvě. Souhlas s použitím výše uvedeného e-mailu za tímto účelem může být kdykoli odvolán. Udělení souhlasu není zákonným ani smluvním požadavkem dentální hygienistky. Nejste tedy povinen/a tento souhlas poskytnout. V případě, že tento souhlas neposkytnete, nebudou Vám předmětné nabídky zasílány.“ Byl jsem seznámen s tím a souhlasím, že při neomluvené návštěvě budou ze strany poskytovatele zdravotních služeb zrušeny všechny sjednané termíny návštěv. Je mi známo a souhlasím s tím, že nedostavím-li se na sjednaný termín návštěvy, aniž bych se omluvil/a dříve než 24hodin před sjednaným termínem, je poskytovatel oprávněn účtovat mně paušální storno poplatek ve výši 500 Kč, který zohledňuje organizační a administrativní úkony spojené se zrušením sjednaného termínu návštěvy. Pacient výslovně souhlasí s tím, aby mu poskytovatel zdravotních služeb účtoval za stanovených podmínek storno poplatek. Prohlašuji, že výše uvedené prohlášení a souhlasy jsou projevem mé pravé a svobodné vůle. Tato prohlášení a souhlasy byly uděleny mnou bez jakéhokoli psychického a fyzického nátlaku, na důkaz čehož připojuji svůj podpis.

Tímto podpisem také stvrzuji, že mi ošetření v ordinaci dentální hygieny doporučil zubní lékař.

Datum: Podpis:

GDPR

Vaše osobní údaje uvedené na tomto dotazníku budou zpracovány Zdravotním střediskem Hostivař, s.r.o., IČ: 614 65 348, Tenisová 981, Praha 10 (dále jen zdravotnické zařízení), které je správcem osobních údajů ve smyslu Čl. 4 odstavce 7 GDPR, z právního důvodu a za účelem nezbytnosti zpracování pro splnění právní povinnosti, která se na zdravotní zařízení vztahuje (§ 53 odstavec 2 zákona o zdravotních službách), a v případě titulu, e-mailu, telefonního čísla a zdravotní pojišťovny, z právního důvodu a za účelem oprávněných zájmů zdravotnického zařízení na komunikaci s Vámi a na případném financování příslušného zákroku ze strany Vaší zdravotní pojišťovny. Osobní údaje, které vypovídají o Vašem zdravotním stavu, jsou zpracovávány z důvodu nezbytnosti pro účely poskytování zdravotní péče či léčby. Vaše osobní údaje budou zpracovávány výlučně zaměstnanci zdravotnického zařízení, nebo jinou osobou, která pro DH zpracovává osobní údaje na základě smlouvy s ní uzavřené. Vaše osobní údaje budou poskytnuty dalším příjemcům, a to zejména praktickému zubnímu lékaři, nebo dalším specialistům z oboru stomatologie (ortodontista, parodontolog) z důvodu zajištění následné zdravotní péče v souladu s příslušnými ustanoveními zákona o zdravotních službách. Vaše osobní údaje budou DH vždy zpracovávány pouze po dobu nezbytně nutnou k dosažení účelu, pro který jsou zpracovávány, a to po dobu stanovenou příslušným právním předpisem, tj. po dobu 5 let od 1. ledna následujícího kalendářního roku po dni Vaší poslední návštěvy u DH. Poskytnutí Vašich osobních údajů, s výjimkou Vašeho titulu, e-mailu telefonního čísla a zdravotní pojišťovny, je zákonným požadavkem. Nejste povinni své osobní údaje poskytnout, v případě jejich neposkytnutí by Vám však nemohla být dentální hygiena provedena. Při zpracování Vašich osobních údajů nebude docházet k automatizovanému rozhodování, včetně profilování. V souvislosti s Vašimi zpracovanými osobními údaji máte podle GDPR následující práva: právo na přístup k osobním údajům, právo na opravu nepřesného údaje, právo na výmaz osobního údaje, právo na omezení zpracování osobního údaje, právo na přenositelnost osobních údajů, právo vznést námitku proti zpracování osobních údajů, právo podat stížnost k Úřadu pro ochranu osobních údajů, a právo nebýt předmětem žádného rozhodnutí založeného výhradně na automatickém zpracování, včetně profilování. V souvislosti s realizací výše uvedených práv jste oprávněni obrátit se přímo na DH, a to buď zasláním dopisu na adresu sídla DH, osobní předáním dopisu DH, nebo e-mailem na adresu z.s.hostivar@seznam.cz.