

DOKUMENTACE PRO INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA – STOMATOLOGIE

Jméno pacienta:

Datum narození:

Anamnestické údaje před ošetřením: zaškrtněte ano/ne, příp. dopište

Trpíte některou z **celkových chorob** (poruchy krevního oběhu, srdce, plíce, ledviny, ano ne štítná žláza, onemocnění nervového systému, zelený oční zákal, cukrovka)?

Pokud ano,

jakou?.....

.....

Užíváte nějaké **léky**? ano ne

Pokud ano,

jaké?.....

.....

Kouříte? ano ne

Pokud ano,

kolik?.....

Prodělal/a jste v životě nějakou vážnější **infekční chorobu** (žloutenku, TBC, AIDS)? ano ne

Pokud ano,

jakou?.....

.....

Prodělal/a jste v životě **ozařování** v oblasti hlavy a krku? ano ne

Pokud ano,

kdy?.....

Byl/a jste léčen/a **transplantací**? Užíváte **léky snižující imunitní odpověď** organismu? ano ne

Pokud ano,

jaké?.....

Vyskytla se u Vás někdy **alergická reakce** (svědivá vyrážka, ztížené dýchání ano ne po aplikaci nějakého léku, potravin, po kontaktu s nějakým kovem apod.)?

Pokud ano,

jaká?.....

.....

Krvácíte silněji při poranění nebo po chirurgickém výkonu (např. vytržení zubu)? ano ne

Pro ženy: Jste právě **těhotná**? nevím ano ne

Měl/a jste někdy **úraz či operaci v oblasti obličeje**? ano ne

Pokud ano,

jaké?

.....

Prodělal/a jste již dříve **ortodontickou léčbu (rovnání zubů)**? ano ne

Pokud ano, uveďte:

- v jakém věku
- jakou (extrakce, snímací aparát, fixní aparát, kombinace - zaškrtněte)
- byla léčba dokončena podle plánu, nebo jste léčbu přerušil/a?(zaškrtněte)

.....
Datum a podpis pacienta: Stvrzuji, že jsem na předložené otázky odpověděl/a úplně