

DETSKÝ ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK (Anamnestický dotazník)

Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z.z.

| | |
|--|-----------------------------------|
| Meno a priezvisko: | Meno a priezvisko (rodič): |
| Dátum narodenia: | Tel.č. rodiča: |
| Rodné číslo: | Adresa: |
| Poistovňa: | e-mail: |
| Aktuálna váha dieťaťa: | Dôvod návštevy: |
| Ako ste sa dozvedeli o našej klinike? | |

Bolo vaše dieťa v minulosti choré alebo sa lieči/liečilo na niektoré z uvedených ochorení:

| | | | |
|---|-----|-----|--------|
| Astma/senná nádcha? | Áno | Nie | Neviem |
| Problémy s dutinami, dýchaním (sekrét z nosa)? | Áno | Nie | Neviem |
| Vysoký/nízky krvný tlak? | Áno | Nie | Neviem |
| Vrodené srdcové vady? | Áno | Nie | Neviem |
| Iné srdcové vady? | Áno | Nie | Neviem |
| Cievne ochorenie? | Áno | Nie | Neviem |
| Reumatická horúčka? | Áno | Nie | Neviem |
| Ochorenie štítnej žľazy? | Áno | Nie | Neviem |
| Ochorenie krvi? | Áno | Nie | Neviem |
| Zvýšená tvorba modrín? | Áno | Nie | Neviem |
| Krvácanie dlho po ošetrení? | Áno | Nie | Neviem |
| Žltáčka? | Áno | Nie | Neviem |
| Ak žltáčka áno, uveďte ktorá | A | B | C |
| Ochorenie obličiek? | Áno | Nie | Neviem |
| Pálenie pri močení? | Áno | Nie | Neviem |
| Zápaly močových ciest? | Áno | Nie | Neviem |
| Cukrovka? | Áno | Nie | Neviem |
| Epileptické záchvaty? | Áno | Nie | Neviem |
| Psychiatrická diagnóza(autizmus, hyperaktivita a pod.)? | Áno | Nie | Neviem |
| Onkologické ochorenie? | Áno | Nie | Neviem |
| HIV pozitívne? | Áno | Nie | Neviem |

| | | | |
|---|-----|-----|--------|
| Užíva vaše dieťa v súčasnosti lieky? | Áno | Nie | Neviem |
|---|-----|-----|--------|

Ak áno, uveďte ktoré a na aké ochorenie: _____

| | | | |
|---|-----|-----|--------|
| Bolo Vaše dieťa niekedy hospitalizované? | Áno | Nie | Neviem |
| Bolo vaše dieťa operované? | Áno | Nie | Neviem |

Alergie alebo reakcie na lieky

| | | | |
|--|-----|-----|--------|
| Je vaše dieťa alergické na penicilín, acylpyrín, prípadne analgetiká? | Áno | Nie | Neviem |
|--|-----|-----|--------|

| | | | |
|---|-----|-----|--------|
| Trpí vaše dieťa alergiou na lieky? | Áno | Nie | Neviem |
|---|-----|-----|--------|

Ak áno, uveďte na ktoré lieky: _____

| | | | |
|---|-----|-----|--------|
| Trpí vaše dieťa alergiou na prach, peľ, materiál, jedlo? | Áno | Nie | Neviem |
|---|-----|-----|--------|

Ak áno, uveďte na ktoré : _____

| | | | |
|--|-----|-----|--------|
| Malo vaše dieťa reakciu na sedatíva, lokálnu anestéziu? | Áno | Nie | Neviem |
|--|-----|-----|--------|

Ak áno, uveďte akú : _____

| | | | |
|--|-----|-----|--------|
| Trpí vaše dieťa na nejakú vyššie neuvedenú chorobu? | Áno | Nie | Neviem |
|--|-----|-----|--------|

Ak áno, uveďte akú : _____

Zubná história dieťaťa

| | | | |
|--|-----|-----|--------|
| Bolo Vaše dieťa na ošetrení u zubného lekára? | Áno | Nie | Neviem |
|--|-----|-----|--------|

| | | | |
|---|--|--|--|
| Dátum posledného zubného vyšetrenia? | | | |
|---|--|--|--|

| | | | |
|---|-----|-----|--------|
| Býva Vaše dieťa nervózne z ošetrenia u lekára? | Áno | Nie | Neviem |
|---|-----|-----|--------|

* správne zakrúžkovať

| | | | |
|---|-----|-----|--------|
| Cmúľanie palca(prstov,) cumlík? | Áno | Nie | Neviem |
| Hryzenie nechťov? | Áno | Nie | Neviem |
| Hryzenie do pery? | Áno | Nie | Neviem |
| Pl'uzgiere alebo vyrážky v ústach alebo na pere? | Áno | Nie | Neviem |
| Ťažkosti s otváraním alebo zatváraním úst? | Áno | Nie | Neviem |
| Praskanie v kĺbe? | Áno | Nie | Neviem |
| Škrípanie alebo zatínanie zubov? | Áno | Nie | Neviem |
| Nosenie strojčka (denný alebo nočný)? | Áno | Nie | Neviem |
| Posuny zubov alebo zmeny v zhryze? | Áno | Nie | Neviem |
| Citlivosť zubov a studené, teplé, sladké? | Áno | Nie | Neviem |

Zubná hygiena

| | | | |
|--|----------|------------|---------|
| Akú zubnú kefku používa dieťa? | Klasickú | Elektrickú | Sonickú |
| Ak používa klasickú tak akú? | Mäkká | Stredná | Tvrdá |
| Používa dieťa medzizubné pomôcky(dentálna niť, medzizubná kefka)? | Áno | Nie | Neviem |
| Ako často si dieťa umýva zuby? (x za deň) | | | |
| Dočisťujete Vašmu dieťaťu zuby? | Áno | Nie | Neviem |

Iné

| | | | |
|--|-----|-----|--------|
| Mali ste počas tehotenstva nejaké problémy (infekcie, rizikové teh.,a pod.)? | Áno | Nie | Neviem |
| Boli počas pôrodu komplikácie (predčasne narodený, nízke apgar skóre, pridusený)? | Áno | Nie | Neviem |

Ak áno, uveďte aké : _____

| | | | |
|---|-----|-----|--------|
| Bolo Vaše dieťa kojené? Ak áno uveďte ako dlho () | Áno | Nie | Neviem |
| Kedy malo Vaše dieťa prvý zub? | | | |
| Boli nejaké komplikácie pri prerezávaní zubov? | Áno | Nie | Neviem |

Ak áno, uveďte aké : _____

| | | | |
|--|-----|-----|--------|
| Malo Vaše dieťa úraz zubov(odlomené zo zuba, narazenie do brady, a pod.?) | Áno | Nie | Neviem |
|--|-----|-----|--------|

Ak áno, uveďte aké : _____

| | | | |
|--|-----|-----|--------|
| Vyskytujú sa vo Vašej rodine nejaké zubné anomálie (chýbajúce alebo nadpočetné zuby a pod.) | Áno | Nie | Neviem |
|--|-----|-----|--------|

Ak áno, uveďte aké : _____

| | | | |
|---|-----|-----|--------|
| Iné čo považujete za nevyhnutné uviesť v súvislosti so zdravotným stavom dieťaťa | Áno | Nie | Neviem |
|---|-----|-----|--------|

Ak áno, uveďte aké : _____

Podpis zákonného zástupcu, dátum _____

Zákonný zástupca svojím podpisom potvrdzuje správnosť vyplnených údajov v anamnestickom dotazníku dieťaťa a súhlasí s jeho spracovaním. Zákonný zástupca svojím podpisom potvrdzuje správnosť vyplnených údajov v anamnestickom dotazníku. Tento anamnestický formulár slúži na účely Vami vyžiadanej odbornej konzultácie v ambulancii KIDSMILE s.r.o. a zahŕňa spracovanie Vašich osobných údajov vrátane klinických a neklinických informácií, ktoré súvisia s touto odbornou konzultáciou. Informácie, ktoré poskytnete, sa stanú súčasťou zdravotnej dokumentácie a neskôr sa môžu stať podkladom pre vytvorenie liečebného plánu či vyhotovenia Vašej individuálnej zdravotnej karty.

* správne zakrúžkovať