

Příjmení, jméno, titul:	
Rodné číslo:	Zdravotní pojišťovna:
Bydliště (adresa):	
Povolání/profese:	Kontakt (mobil):

FNOL – Klinika zubního lékařství je výukovým pracovištěm Lékařské fakulty Univerzity Palackého, kde se připravují zejména lékaři na výkon povolání.

Souhlasím, že vyšetření a ošetření bude provedeno ve výuce lékařem za asistence studenta nebo studentem a student může nahlížet do mé zdravotnické dokumentace, a to pouze v nezbytném rozsahu a na základě pověření stanoveným zdravotnickým pracovníkem.

☐ ANO ☐ NE

1.	Užíváte pravidelně nebo jste užíval(a) v posledních 12ti měsících nějaké LÉKY? Pokud ano, jaké:	☐ ANO ☐ NE																				
2.	KOUŘÍTE? Pokud ano, kolik denně a od kdy:	☐ ANO ☐ NE																				
3.	Měl(a) jste někdy ALERGIÍ na léky, pyl, prach, potraviny, chemické látky aj.? Pokud ano, uveďte na co:	☐ ANO ☐ NE																				
4.	Užíval(a) jste někdy Antibiotika? Pokud ANO , byla alergická reakce a jaká?	☐ ANO ☐ NE																				
5.	Trpíte zvýšenou KRVÁCIVOSTÍ?	☐ ANO ☐ NE																				
6.	Berete léky na zvýšenou krvácivost („na ředění krve“)? Pokud ANO , jaké léky?	☐ ANO ☐ NE																				
7.	Máte kardiostimulátor?	☐ ANO ☐ NE																				
8.	U kterého zubního lékaře jste registrován(a)?																					
9.	Jak často navštěvujete svého zub. lékaře? Kdy naposledy?																					
10.	Pro ženy: Jste v současné době těhotná?	☐ ANO ☐ NE																				
11.	Označte (křížkem), která z uvedených nemocí Vás někdy postihla nebo se s ní léčíte. <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td>☐ Onemocnění srdce</td> <td>☐ Onemocnění štítné žlázy</td> <td>☐ AIDS</td> <td>☐ Transplantace</td> </tr> <tr> <td>☐ Vysoký krevní tlak</td> <td>☐ Duševní nemoc</td> <td>☐ Pohlavní onemocnění</td> <td>☐ Tuberkulóza</td> </tr> <tr> <td>☐ Astma</td> <td>☐ Anemie (chudokrevnost)</td> <td>☐ Časté ekzémy/plísňe</td> <td>☐ Operace/úrazy hlavy</td> </tr> <tr> <td>☐ Cukrovka</td> <td>☐ Jaterní onemocnění</td> <td>☐ Revmatická horečka</td> <td>☐ Infekční žloutenka</td> </tr> <tr> <td>☐ Epilepsie</td> <td>☐ Nádor (rakovina)</td> <td>☐ Endokarditida</td> <td></td> </tr> </table>		☐ Onemocnění srdce	☐ Onemocnění štítné žlázy	☐ AIDS	☐ Transplantace	☐ Vysoký krevní tlak	☐ Duševní nemoc	☐ Pohlavní onemocnění	☐ Tuberkulóza	☐ Astma	☐ Anemie (chudokrevnost)	☐ Časté ekzémy/plísňe	☐ Operace/úrazy hlavy	☐ Cukrovka	☐ Jaterní onemocnění	☐ Revmatická horečka	☐ Infekční žloutenka	☐ Epilepsie	☐ Nádor (rakovina)	☐ Endokarditida	
☐ Onemocnění srdce	☐ Onemocnění štítné žlázy	☐ AIDS	☐ Transplantace																			
☐ Vysoký krevní tlak	☐ Duševní nemoc	☐ Pohlavní onemocnění	☐ Tuberkulóza																			
☐ Astma	☐ Anemie (chudokrevnost)	☐ Časté ekzémy/plísňe	☐ Operace/úrazy hlavy																			
☐ Cukrovka	☐ Jaterní onemocnění	☐ Revmatická horečka	☐ Infekční žloutenka																			
☐ Epilepsie	☐ Nádor (rakovina)	☐ Endokarditida																				

Prohlašuji, že jsem si vědom(a) důležitosti výše poskytnutých informací pro mé správné léčení, odpověděl(a) jsem proto úplně a pravdivě na všechny otázky a nezatajil(a) žádné informace o svém zdravotním stavu.

Datum	Podpis pacienta	Jmenovka a podpis vyšetřujícího lékaře

Ověřte všechny anamnestické údaje pacienta, zda jsou platné. Pokud došlo ke změně anamnestických údajů pacienta, je nutné vyplnit nový Anamnestický dotazník.

Datum	Podpis pacienta	Jmenovka a podpis vyšetřujícího lékaře