

INFORMACE O PACIENTOVI (mladší 18let)
radno
 Centrum zubní péče
OSOBNÍ ÚDAJE

JMÉNO	PŘÍJMENÍ	ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA (zkr./číslo)
RČ: (CIZINEC - ČÍSLO POJIŠTĚNCE)		
Zákonný zástupce:	matka	
	otec	
INFORMACE O PACIENTOVI		
Adresa (ulice, město, psč):		
Telefon:	matka	otec
E-mail:	matka	otec
HESLO PRO TELEFONICKOU KOMUNIKACI: (V PŘÍPADĚ SDĚLOVÁNÍ ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A ZAJIŠTĚNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB - NA ŽÁDOST ZÁK. ZÁSTUPCE)		

1. PRODĚLAL/A PACIENT/KA DŘÍVE JAKÉKOLIV ZÁVAŽNÉ ONEMOCNĚNÍ, OPERACI ČI ÚRAZ HLAVY?

<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Pokud ano, jaké?
--	------------------

2. LEČÍ SE PACIENT/KA DLOUHODOBĚ PRO NĚKTERÉ Z NÁSLEDUJÍCÍCH ONEMOCNĚNÍ?

<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	I10 Vysoký krevní tlak
<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	I49.9. Onemocnění srdce a arytmie (nepravidelnost rytmu, kardiostimulátor)
<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	J45 Onemocnění astmatem
<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	E03/E05 Onemocnění štítné žlázy - pokud ano: <input type="checkbox"/> zvýšená <input type="checkbox"/> snížená
<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	D68 Poruchy krevní srážlivosti
<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	D75 Poruchy krvetvorby a onemocnění krve
<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	D84 Poruchy imunitního systému
<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	E10/E11 Onemocnění diabetem (cukrovkou) 1. typ/ 2. typ - pokud ano, jaký způsob kompenzace: <input type="checkbox"/> dietou <input type="checkbox"/> léky (perorální antidiabetika) <input type="checkbox"/> inzulínem
<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	K74 Onemocnění jater
<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	N18 Onemocnění ledvin
<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	F50 Poruchy příjmu potravy (anorexie, bulimie)
<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	M81 Osteoporóza
<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	K21 Žaludeční reflux
<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	M06.9 Těžký revmatismus
<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	G40 Záchvatovitá onemocnění (např. epilepsie)
<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Prodělaná žloutenka (A - B15, B - B16, C - B17.1) event. jiné závažné infekční onemocnění (tuberkulóza, HIV - B20)
	Jiná diagnóza: <input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> Autismus

3. UŽÍVÁ PACIENT/KA DLOUHODOBĚ LÉKY (VČETNĚ ANTIKONCEPCE)?

<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Pokud ano, jaké vč. dávkování:

4. PROJEVUJE SE U PACIENTA/KY ALERGIE (NA LÉKY, JÓD, KOVY, DEZINFEKCI, POTRAVINY, PYLY ATD.)?

<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Pokud ano, jaká?
Alergie na léky - jaké?	

INFORMACE O PACIENTOVI (mladší 18 let)**5. TRPÍ PACIENT/KA SKŘÍPÁNÍM ZUBŮ VE SPÁNKU?** ANO NE NEVÍM**6. KOLIKRÁT DENNĚ SI PACIENT/KA ČISTÍ ZUBY?****7. JAK ČASTO NAVŠTĚVUJE PACIENT/KA ZUBAŘE?****8. PRODĚLAL/A PACIENT/KA LÉČBU:**ORTODONTICKOU (ROVNÁTKA) ANO NEČI PARODONTOLOGICKOU (JMÉNO LÉKAŘE)? ANO NE**9. JMÉNO OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE (STOMATOLOGA):**

Jako zákonný zástupce neregistrovaného pacienta/ky v zubní ordinaci RADNO, spol. s r.o. předám lékařskou zprávu ošetřujícímu lékaři.

10. KDE JSTE SE O NÁS DOZVĚDĚLI, POPŘÍPADĚ OD KOHO MÁTE DOPORUČENÍ?**11. DATUM POSLEDNÍ NÁVŠTĚVY U ZUBNÍHO LÉKAŘE:****12. JMÉNO OBVODNÍHO LÉKAŘE:**

TEL. ČÍSLO:

*Vážení pacienti,**naším hlavním cílem je poskytovat Vám co možno nejkvalitnější péči v souladu s postupy a ošetřením na úrovni současných poznatků stomatologie. Aby Vám takováto péče mohla být poskytnuta, je nutné Vás seznámit s podmínkami ošetření u nás.***PROHLÁŠENÍ - SEZNÁMENÍ S CENAMI A PODMÍNKAMI GARANCE POSKYTOVANÝCH VÝKONŮ**

Pacient/ka (mladší 18 let): _____

Datum nar.: _____

Zákonný zástupce: _____

Stvrzuji svým podpisem, že jsem byl/a seznámen/a s tím, že některé výkony provedené v zubní ordinaci RADNO spol. s r.o. jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Zároveň jsem byl/a seznámen/a s privátními cenami poskytovaných výkonů.

Zavazuji se dodržovat objednávací termíny a pravidelné preventivní prohlídky v rozmezí 6 až 12 měsíců s ohledem na stav ústní dutiny pacienta/ky. Při nedodržení těchto kontrol a dostatečné vlastní péče o chrup ztrácím nárok na záruku provedeného ošetření. Záruční podmínky jsou blíže specifikované v ceníku ordinace.

V případě, že se nemůžete dostavit na sjednaný termín ošetření, prosíme o zprávu v nejkratším možném termínu.

Za omluvenou návštěvu se považuje termín, který byl Vámi zrušen 24 hodin předem.

V kratší době bude účtován poplatek 500,- Kč/za každou zmeškanou hodinu. S touto penalizací souhlasím.

Byl mi předán kontaktní telefon a e-mailová adresa:

Tel./fax: 420 224 941 597, Mobil: 420 602 814 818, E-mail: info@radno.cz

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s ceníkem nadstandardní péče stomatologické ordinace Radno spol. s r.o.

Datum: _____

Podpis zákonného zástupce: matka _____
otec _____**Děkujeme Vám za vyplnění tohoto dotazníku a za čas, který jste nám věnovali.****Údaje Vámi uvedené považujeme za přísně důvěrné a budou použity pouze k tomu, abychom ošetření přizpůsobili zdravotnímu stavu pacienta v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů).****radno**
Centrum zubní péče