

INFORMACE O PACIENTOVI
radno
 Centrum zubní péče
OSOBNÍ ÚDAJE

JMÉNO	PŘÍJMENÍ, TITUL	ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA (zkr./číslo)
RČ: (CIZINEC - ČÍSLO POJIŠTĚNCE)		
INFORMACE O PACIENTOVI		
Adresa (ulice, město, PSČ):		
Telefon (mobil, práce, domů):		
E-mail:		
Povolání:		
Náhradní kontaktní osoba v případě nutnosti zanechání vzkazu (nemoc lékaře, nutnost změny termínu objednání):		
Telefon kont. osoba (mobil, práce, domů):		
HESLO PRO TELEFONICKOU KOMUNIKACI: (V PŘÍPADĚ SDĚLOVÁNÍ ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU A ZAJIŠTĚNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB - NA ŽÁDOST ZÁK. ZÁSTUPCE)		
1. PRODĚLAL/A JSTE DŘÍVE JAKÉKOLIV ZÁVAŽNÉ ONEMOCNĚNÍ, OPERACI ČI ÚRAZ HLAVY?		
<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Pokud ano, jaké?	

2. LEČÍTE SE 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 krevtvorby 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)

3. UŽÍVÁTE DLOUHODOBĚ LÉKY (VČETNĚ ANTIKONCEPCE)?

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

4. PROJEVUJE SE U VÁS 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**5. TRPÍTE SKŘÍPÁNÍM ZUBŮ VE SPÁNKU?** ANO NE NEVÍM**6. KOLIKRÁT DENNĚ SI ČISTÍTE ZUBY?****7. JAK ČASTO NAVŠTĚVUJETE ZUBAŘE?****8. PRODĚLAL/A JSTE LÉČBU:**ORTODONTICKOU (ROVNÁTKA) ANO NEČI PARODONTOLOGICKOU (JMÉNO LÉKAŘE)? ANO NE**9. KOUŘÍTE?** ANO NE

Pokud ano, kolik cigaret denně?

PRO ŽENY - V PŘÍPADĚ, ŽE JSTE TĚHOTNÁ, PROSÍME VŽDY O SDĚLENÍ TĚTO SKUTEČNOSTI.**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 nejvyšší 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**

Stvrzuji svým podpisem, že jsem by/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 seznámena s privátními cenami poskytovaných výkonů.

Zavazuji se dodržovat objednávací termíny a pravidelné preventivní prohlídky v rozmezí 6 až 12 měsíců s ohledem na stav mé ústní dutiny. 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: 420224941597, Mobil: 420602814818, 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 pacienta: _____

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 Vašemu zdravotnímu stavu 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