

Správne odpovede na nasledujúce otázky pomôžu Vášmu zubnému lekárovi čo najlepšie ošetriť Váš chrup na základe individuálnych poznatkov o Vašom zdraví.

Meno a priezvisko, titul:

Dátum narodenia: Vek:

Prečo potrebujete momentálne zubné ošetrovanie?

Prosím odpovedzte na každú otázku označením krížikom.

Pokiaľ nie ste si istý odpoveďou, nechajte kolónku voľnú.

	Áno	Nie
1. Mali ste niekedy (príp. Vám bol diagnostikovaný) problém s čelustným kĺbom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dochádza u Vás pri otváraní/zatváraní úst k cvakaniu, pukaniu alebo škripaniu v niektorom z čelustných kĺbov?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Máte bolesti alebo nepríjemné pocity v čelustných kĺboch pri jedení alebo otváraní a zatváraní úst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Došlo u Vás k „zaseknutiu“ sánky pri otvorení alebo zatvorení úst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mávate časté bolesti hlavy? Ak áno, ako často a kedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Zatínate alebo škripete zubami, prípadne niekto iný spozoroval, že sa to u Vás deje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mali ste niekedy úraz v oblasti sánky alebo čelustného kĺbu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ste v súčasnosti zdravý?

1. Liečite sa momentálne na nejaké ochorenie? Ak áno, na čo sa liečite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Boli ste niekedy hospitalizovaný v nemocnici alebo ste mali vážne ochorenie? Ak áno, vysvetlite:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mali ste niekedy nadmerné krvácanie po extrakcii zubu, prípadne trvalo liečenie dlhšie ako inokedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fajčíte? V prípade ak áno, koľko cigariet denne fajčíte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pre ženy - ste tehotná? Ak áno, kedy máte termín pôrodu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Ste alergik alebo ste mali reakciu na nasledovné?

	Áno	Nie		Áno	Nie
Lokálna anestézia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acylpirín	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sedatíva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Analgetiká	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilín/ iné antibiotiká	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Iné alergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Aké lieky užívate a na aké ochorenia? Prosím, vypíšte všetko, vrátane voľnopredajných liekov:

.....

.....

.....

.....

8. Máte alebo ste mali niekedy nasledujúce problémy?

	Áno	Nie		Áno	Nie
VŠEOBECNÁ ANAMNÉZA			OCHORENIA SRDCA		
Unavíte sa ľahko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumatická horúčka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Výrazná zmena váhy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nočné potenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nízky krvný tlak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pretrvávajúca teplota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vysoký krvný tlak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OČNÉ OCHORENIA			Opuchnuté členky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zelený zákal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vrodené srdcové vady	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iné			Umelá chlopňa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UŠNÉ OCHORENIA			Srdcový stimulátor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strata sluchu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Operácie srdca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zvonenie v ušiach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Iné		
Iné			KRČNÉ OCHORENIA		
KOSTI/SVALY			Bolesť hrdla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritída/reumatizmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problémy s prehĺtaním	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umelé kĺby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Iné		
Osteoporóza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UROLOGICKÉ OCHORENIA		
Iné			Časté močové infekcie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRÁVIACE ÚSTROJENSTVO			Ochorenie obličiek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Žltacka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Iné		
Pálenie záhy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NERVOVÉ OCHORENIA		
Iné			Mozgová porážka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KRV			Bolesti hlavy, migrény	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Znížená zrážanlivosť krvi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epileptické záchvaty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zvýšené tvorba modrín	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Závrate/mdloby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chudokrvnosť	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Cievne ochorenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Vyskytlo sa ochorenie, stav alebo problém, ktorý nie je vyššie špecifikovaný?

Niečo ďalšie, čo by sme o Vašom zdraví mali vedieť?

.....

História dentálnej starostlivosti

- | | Áno | Nie |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Mali ste niekedy vážny problém v súvislosti s predchádzajúcim zubným ošetrením? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Bývate nervózný z ošetrenia u zubára? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Boli ste niekedy liečený na ochorenia parodontu? (problémy s ďasnami) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Dátum posledného zubného ošetrenia:

Máte teraz alebo ste v minulosti mali nasledovné problémy?

	Áno	Nie		Áno	Nie
ÚSTA			ZUBY		
Krvácanie, zápal ďasien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uvoľnené zuby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zapáchajúci dych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Citlivosť na horúce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Páliaci jazyk/pery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Citlivosť na chladné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plúzgiere v ústach/pery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Citlivosť na sladké	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vyrážky v ústach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Citlivosť na zahryznutie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nosili ste strojček	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Škrípanie, zatínanie zubov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Posuny zubov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Zmeny v zhryze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ZUBNÁ HYGIENA

- Používate nasledovné? Áno Nie
- Zubná kefka: mäkká stredná tvrdá
- Jednozväzková (sólo) kefka
- Medzizubné kefky
- Dentálna niť
- Superfloss
- Ústna voda
- Iné.....
- Ako často si umývate zuby?
- Uvažujete o bielení zubov?

V prípade akýchkoľvek zmien v zdravotnom stave alebo v užívaní liekov informujte, prosím, svojho ošetrojúceho zubného lekára.

Dátum: Podpis: