

## DETSKÝ ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

Správne odpovede na nasledujúce otázky pomôžu Vášmu zubnému lekárovi čo najlepšie ošetriť chrup Vášho dieťaťa na základe individuálnych poznatkov o jeho zdraví.

Meno a priezvisko: .....  
 Dátum narodenia: ..... Vek: .....  
 Prečo potrebujete momentálne zubné ošetrovanie? .....

Prosím odpovedzte na každú otázku označením krížika alebo vypíšte:

			Áno	Nie		
<b>1.</b>	Je Vaše dieťa momentálne zdravé?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>2.</b>	Lieči sa aktuálne na nejaké ochorenie? Ak áno, na čo sa lieči? .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>3.</b>	Bolo Vaše dieťa hospitalizované v nemocnici alebo malo vážne ochorenie? Ak áno, vysvetlite: .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>4.</b>	Je Vaše dieťa alergik alebo malo reakciu na nasledovné?					
		Áno	Nie			
			Áno	Nie		
	Lokálna anestézia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acylopírín	<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"/>
	Aké? .....			Aké? .....		
<b>5.</b>	Užíva Vaše dieťa nejaké lieky? Ak áno, prosím, vypíšte aké: .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>6.</b>	Má Vaše dieťa nasledujúce zdravotné problémy?					
		Áno	Nie	Áno	Nie	
	Astma/senná nádcha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zápaly močových ciest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pretrvávajúca teplota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zvýšené tvorenie modrín	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vysoký/nízky krvný tlak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cievne ochorenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vrodené srdcové vady	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cukrovka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reumatická horúčka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ochorenie štítnej žľazy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Iné srdcové problémy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epileptické záchvaty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aké? .....			Psychiatrická diagnóza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Problémy s akné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(autizmus, hyperaktivita a pod.)		
	Problémy s dutinami, dýchaním	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aké? .....		
	Žltáčka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Onkologické ochorenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pálenie pri močení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aké? .....		
	Ochorenia krvi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV pozitivita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aké? .....					

Ďalšie vyššie neuvedené ochorenia, vypíšte aké:  
 .....

**7.** Máte nejaké Ďalšie informácie o zdravotnom stave Vášho dieťaťa, o ktorých by sme mali vedieť?  
 .....

## História zubnej starostlivosti

8. Malo Vaše dieťa niekedy vážny problém v súvislosti s predchádzajúcim zubným ošetrením?  
.....

9. Býva Vaše dieťa nervózne z ošetrenia u zubára? .....

10. Dátum posledného zubného ošetrenia: .....

	Áno	Nie		Áno	Nie
Cmúľanie palca/prstov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Praskanie v kĺbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hryzenie jazyka/pery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Citlivosť na horúce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hryzenie nechťov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Citlivosť na chladné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plúzgieri 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"/>
Ťažkosti s otvorením/ zatvorením čelustí	<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

11. Používa Vaše dieťa nasledovné? Áno Nie

Zubná kefka: mäkká  stredná  tvrdá

Dentálna niť

Medzizubné kefky

Ústna voda

Iné.....

12. Ako často si Vaše dieťa umýva zuby? .....

13. Dočistujete Vášmu dieťaťu zuby?

## Doplňujúce informácie

14. Mali ste počas tehotenstva nejaké problémy? (infekcie, rizikové tehotenstvo a pod.)  
.....

15. Mali ste počas pôrodu komplikácie? (predčasne narodený, pridusený, nízke apgar skóre a pod.)  
.....

16. Bolo Vaše dieťa dojčené? Áno  Nie  Ak áno, ako dlho? .....

17. Kedy malo Vaše dieťa prvý mliečny zub? .....

18. Malo Vaše dieťa v minulosti úraz zubov? (natrhnutá uzdička na hornej pere, odlomenie zuba, narazenie brady...) .....

19. Vyskytujú sa vo Vašej rodine nejaké zubné anomálie? (chýbajúce zuby, nadpočetné zuby a pod.)  
.....

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

Dátum: .....

Podpis zákonného zástupcu: .....