

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

### Ste v súčasnosti zdravý?

<b>1.</b> Liečite sa momentálne na nejaké ochorenie? Ak áno, na čo sa liečite? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.</b> Boli ste niekedy hospitalizovaný v nemocnici alebo ste mali vážne ochorenie? Ak áno, vysvetlite: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.</b> Mali ste niekedy nadmerné krvácanie po extrakcii zubu, prípadne trvalo liečenie dlhšie ako inokedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.</b> Fajčíte? V prípade ak áno, koľko cigariet denne fajčíte? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.</b> 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
<b>VŠEOBECNÁ ANAMNÉZA</b>			<b>OCHORENIA SRDCA</b>		
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"/>
<b>OČNÉ OCHORENIA</b>			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"/>
<b>UŠNÉ OCHORENIA</b>			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 .....			<b>KRČNÉ OCHORENIA</b>		
<b>KOSTI/SVALY</b>			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"/>	<b>UROLOGICKÉ OCHORENIA</b>		
Iné .....			Časté močové infekcie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TRÁVIACE ÚSTROJENSTVO</b>			Ochorenie obličiek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Žltacka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Iné .....		
Pálenie záhy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>NERVOVÉ OCHORENIA</b>		
Iné .....			Mozgová porážka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>KRV</b>			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
<b>ÚSTA</b>			<b>ZUBY</b>		
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 <input type="checkbox"/> stredná <input type="checkbox"/> tvrdá <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| Jednozväzková (sólo) kefka  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medzizubné kefky  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dentálna niť  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Superfloss  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ústna voda  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Iné.....  |                          |                          |
| Ako často si umývate zuby? .....  |                          |                          |
| Uvažujete o bielení zubov?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

Dátum: ..... Podpis: .....