

Všeobecný lékařský dotazník – děti, mládež

Jméno a příjmení: _____ **Rodné číslo:** _____

Jméno dětského lékaře: _____ Datum poslední návštěvy: _____
Adresa lékaře: _____ Telefon: _____

1. Má Vaše dítě zdravotní potíže? Pokud ano, jaké?
 a) Ano _____
 b) Ne _____
 c) Nevím _____
2. Uveďte léky, které dítě používalo: _____
3. Uveďte léky, které dítě používá nyní: _____
4. Jsou očkování dítěte platné?
 a) Ano _____
 b) Ne _____
 c) Nevím _____
5. Trpí dítě alergií na lékařské materiály (latex) nebo jinými (prach, pyly, roztoče,...)? Pokud ano, uveďte.
 a) Ano _____
 b) Ne _____
 c) Nevím _____
6. Bylo dítě dříve hospitalizováno? Pokud ano, vysvětlete.
 a) Ano _____
 b) Ne _____
 c) Nevím _____
7. Mělo dítě někdy celkovou anestezii? Pokud ano, vysvětlete.
 a) Ano _____
 b) Ne _____
 c) Nevím _____
8. Bylo někdy dítě ošetřeno na pohotovosti? Pokud ano, vysvětlete.
 a) Ano _____
 b) Ne _____
 c) Nevím _____
9. Bylo dítě léčeno z důvodu:

Nemoc	Ano	Ne	?	Nemoc	Ano	Ne	?
AIDS nebo HIV+				Rakovina			
Srdeční choroby				Mozková mrtvice			
Nemoci ledvin				Rozštěp rtu, patra			
Nemoci jater				Vady řeči, sluchu			
Chudokrevnost				Oční vada/kontaktní čočky			
Poruchy srážlivosti krve				Kožní nemoci			
Porodní problémy				Záněty kloubů			
Cukrovka				Nemoci mandlí			
Astma				Poruchy růstu			

10. Rodiče:

- o Otec: Výška _____ Váha: _____ Věk: _____
- o Matka: Výška _____ Váha: _____ Věk: _____

11. Starší bratři a sestry:

- o 1: Výška: _____ Váha: _____ Věk: _____
- o 2: Výška: _____ Váha: _____ Věk: _____
- o 3: Výška: _____ Váha: _____ Věk: _____

12. Dívky:

- o Má již vaše dcera menstruaci? Pokud ano, od kdy?
 - a) Ano _____
 - b) Ne
- o Používá Vaše dcera antikoncepční pilulky?
 - a) Ano
 - b) Ne
- o Je Vaše dcera těhotná? Pokud ano, uveďte podobnější informace.
 - a) Ano _____
 - b) Ne

13. Do které třídy dítě chodí? _____ Název školy: _____

14. Jak se dítě učí:

- a) Dobře
- b) Normálně
- c) Pomaleji

Stomatologický dotazník

1. Bylo vaše dítě u stomatologa? Pokud ano, kdy?

- a) Ano _____
- b) Ne

2. Jméno a příjmení stomatologa: _____

3. Co Vám vadí na zubech Vašeho dítěte? _____

4. Vyberte jednu z možností:

	Ano	Ne	?
Byl Vašemu dítěti zhotoven OPG snímek ze stomatologických požadavků? Pokud ano, kdy naposledy? _____			
Mělo Vaše dítě kazy nebo bolest zubů?			
Mělo Vaše dítě někdy úraz zubů nebo obličej?			
Mělo Vaše dítě bolesti v čelistních kloubech?			
Mělo Vaše dítě problémy s otevíráním nebo zavíráním úst?			
Účastnilo se Vaše dítě hygienické instruktáže?			
Krvácí dítěti dásně během čištění zubů?			
Používalo, nebo používá Vaše dítě dudlík?			
Jak dlouho bylo dítě kojeno?			
Cucá si Vaše dítě prsty?			
Kouše si Vaše dítě nehty?			
Zdědilo Vaše dítě nějaké charakteristické znaky ve výrazu tváře nebo zubů? Pokud ano, jaké: _____			

5. Má Vaše dítě nějaké jiné stomatologické problémy, o kterých bychom měli vědět? Pokud ano, jaké?

- a) Ano _____
- b) Ne

6. Kdo Vám doporučil naši ordinaci? _____

Osoba, která vyplnila dotazník: _____

Příbuzenský vztah s pacientem: _____ Podpis: _____