

Vaše odpovědi na tyto otázky podléhají lékařskému tajemství.

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:

POJIŠŤOVNA:

ČÍSLO POJIŠTĚNCE:

ADRESA TRVALÉHO BYDLIŠTĚ (prosím, uvádějte celou adresu včetně PSČ):

TELEFON rodiče:

E-MAIL rodiče:

Užívá dítě **pravidelně léky** nebo jiné látky? Pokud ano, které?

Je **alergický(á)** na nějaké léky nebo jiné látky? Pokud ano, na které?

Vyskytly se u něj **vedlejší účinky po injekci** u lékaře? Pokud ano, jaké?

Kojené? ANO NE Jak dlouho? **Hmotnost dnes:** Kg

Trpí některým z následujících onemocnění? (podtrhněte):

Anorexie, ADHD, Astma, Atopický ekzém, Autismus, Asperger, Bolesti hlavy (Migréna), Bulimie, Bronchitida, Diabetes I. typu, Dysfázie, Dětská mozková obrna, Epilepsie, Hyperaktivita, kožní onemocnění, m. Down, nerozumí dobře, nemluví dobře, neslyší dobře, zaostalý vývoj sebepoškozování, přehnaný strach-fobie -z čeho hlavně?

Má nějaké jiné, **zde neuvedené onemocnění**? Pokud ano, jaké?

Narozené v řádném termínu? ANO NE

Chodí dítě na preventivní prohlídky 2x ročně? ANO NE

Kdy naposledy navštívilo zubního lékaře?

Proč daný problém neošetřil Váš zubař?

Dítě poslechne na **poprvé,** **podruhé,** **neposlechne**
Dítě bydlí s matkou i otcem / jen s matkou /jen s otcem /Střídavá péče

Jaký přístup k ošetření preferujete:

1. zubař dítě plně respektuje, dítě si řekne, co jak chce

2. zubař dítě respektuje, rodič rozhodne, co jak bude

3.

4. je možné ošetření i přes nesouhlas dítěte

Doprovod: **matka,** **otec,** **babička,** **dědeček,** **pěstounka**

Doprovod snáší zubaře: **dobře** **špatně** **úplná panika**

Doprovod snáší injekci, resp. pohled na injekci **dobře** **špatně**

Datum:

Podpis:

Dnes má bolest nebo váček **ANO** **NE**

Uvítali byste **dnes** kromě konzultace i ošetření? **ANO** **NE** **NEVÍM**

Pokud byl zhotovený rentgen, přepošlete nám na: **zubarbrno@seznam.cz**