

VPRAŠALNIK ZA STARŠE O OTROKU OB PRVEM PREGLEDU

Ime in priimek otroka: Ime in priimek osebe, ki spremlja otroka: Datum:	Starost in datum rojstva: Vaš podpis:
--	--

Glavna težava s katero prihajate k nam:
Kakšno je trenutno otrokovo ustno in splošno zdravstveno stanje?
Kje je bil otrok predhodno obravnavan?
Kje ste izvedeli za nas oziroma kdo nas je priporočil?

Ali je bil potek otrokovega poroda specifičen (spremljan z zapleti)?
Ali je imel ali ima otrok priraščen jeziček?
Ali je bil otrok dojen in koliko časa? So bile pri dojenju kakšne težave?
Ali je otrok uporabljal dudo ali kakršen koli drug tolažilec – kateri in do katere starosti?
Ali je bil otrok do 3 leta starosti večkrat prehlajen ali imel pogoste infekcije grla, žrela, tonzil, dihalnih poti in srednjega ušesa ali kakršnakoli druga vnetja – kje?
Ali je bil otrok že kdaj hospitaliziran – kdaj – zakaj?
Ali otrok v zadnjem letu jemal zdravila – katera? Ali je otrok alergičen na kakšno zdravilo?
Ali pri otroku pogosto opazite podočnjake, jamice, belo linija pod očmi, utrujen obraz, tanke ustnice, glavo nagnjeno naprej, grizenje ustnic, grizenje nohtov?
Ali opazate govorne težave pri izgovorjavi sičnikov in šumnikov (S Š Č C Z Ž) in črke R?
Ali je otrok v ortodontski obravnavi ali katerikoli drugi obravnavi (alergolog, logoped, bioresonančni terapevt . . .)?

Ali ima otrok miren spanec in prespi celo noč?
Ali otrok podnevi diha skozi usta ali nos? Ali otrok ponoči diha skozi usta ali nos? Ali otrok glasno diha med spanjem?
Ali podnevi in/ali ponoči stiska zobe - škripa z zobmi? Ali otrok smrči?
Koliko je temperatura v prostoru kjer otrok spi?
Kako je opremljen prostor v katerem otrok spi (elektronske naprave, preproge, omare, igrače, svetila . . .)?
Ali imate v stanovanju težave s plesnijo?

Kako se prehranjuje otrok, koliko obrokov na dan zaužije in kdaj ?
Ali je otrok na kakršnikoli dieti?
Ali otrok uživa tudi presno hrano (surovo hrano) in jo temeljito prežveči?
Kakšne pijače otrok uživa?

Obkrožite in dopišite katere pripomočke uporabljate pri otroku za ustno higieno. Ščetka / zobna nitka / čopasta ščetka / električna ščetka / sonična ščetka / baterijska ščetka / medzobna ščetka . . .
Ali za čiščenje zob uporabljate zobno kremo – katero?
Kolikokrat na dan in kdaj si otrok umije zobe?
Ali si otrok umiva zobe sam? Ali mu pri umivanju pomagata tudi starši vsak dan?

Zagotavljamo, da bomo vse vaše podatke, ki ste nam jih posredovali brezpogojno varovali ter ravnali z njimi v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-1, Uradni list RS, št. 94/2007) oz. v skladu s Splošno uredbo o varstvu osebnih podatkov (GDPR).

IZJAVA

Priimek in ime otrokovega starša /skrbnika _____

Naslov: _____

1. Pristanem na zobozdravniške preventivne preglede in druge potrebne posege na mojem otroku, kot mi jih je predlagal zobozdravnik in ustni higienik.
2. Pristanem na anestezijo, za katero zobozdravnik oceni, da je primerna za dogovorjeni poseg.
3. Po dogovoru pristanem na fotografiranje in snemanje zaradi medicinske dokumentacije.
4. Pristanem na uporabo fotodokumentacije v medicinsko znanstvene, strokovne ali učne namene in z namenom širjenja naše prepoznavnosti pri katerih se širši javnosti ne bo odkrila pacientova identiteta.
5. Izjavljam, da sem v razgovoru z zobozdravnikom in ustnim higienikom prejel/a vse želene informacije o posegu, za katero sem se odločil/a za mojega otroka.
6. Načrt posega je del medicinske dokumentacije, ki se hrani.
7. Potrjujem, da sem z polnim razumevanjem, pri polni zavesti in svojevolsjno podpisal/a to izjavo.

Datum:

Podpis:



USTNI WELLNESS

USTNA HIGIENA
VESEL
za zdrav in sproščen družinski nasmeh
Zobni škratek

ZOBNA ORDINACIJA
GREGOR VESEL, dr. dent. med.
Gestrinova 2, LJUBLJANA
tel.: 01/439-79-40, GSM: 041/60 55 30
DŠ: 94210977

OBVESTILO O ODJAVI VAŠIH REZERVIRANIH OBISKOV V USTNEM WELLNESSU VESEL

K nam prihajate na zobozdravstvene preglede in različna zdravljenja. Spoštujemo Vaš čas, zato ste naročeni ob točno določeni uri. Ker imamo za Vas rezerviranega kar nekaj časa, Vas vljudno prosimo, da na rezervirani termin zagotovo pridete.

V primeru, da na termin zaradi kakršnegakoli razloga ne utegnete priti, Vas prosimo, da nas o tem obvestite najkasneje **dva dneva (48 ur; ne glede na soboto, nedeljo ali praznik) pred Vašim rezerviranim terminom.**

Vaše pravočasno obveščanje pomembno vpliva na organizacijo našega dela in sprejem drugih oseb, ki čakajo na urgentne posege.

Za odpoved ali spremembo Vaše rezervacije smo dosegljivi:

T: 01 439 79 40

M: 041 60 55 30 (ustno ali sms)

E: informacije@veselnasmeh.si

**V primeru, da vaše odjave ne prejmemo pravočasno,
Vam bomo obračunali nadomestilo v znesku 80,00 Eur.**

Se zahvaljujemo za razumevanje in se veselimo prihodnjega srečanja z Vami.

Gregor Vesel, dr. dent. med., Ustni wellness Vesel

Vaš podpis: