

## VPRAŠALNIK O ZDRAVJU PO PRIPOROČILIH FDI 1989

Bolnik sam izpolni vprašalnik z obkrožanjem ali podčrtanjem. Podatki so zaupne narave in služijo samo za medicinske namene.

Ime in priimek \_\_\_\_\_ Datum rojstva \_\_\_\_\_  
 Spol M Ž Poklic \_\_\_\_\_ Zakonski stan \_\_\_\_\_  
 Naslov \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Elektronska pošta \_\_\_\_\_

Našo ordinacijo vam je priporočil: \_\_\_\_\_

1. Ali ste se v zadnjih dveh letih zdravili v bolnišnici? Da      Ne

2. Ali vas je v zadnjih dveh letih zdravil zdravnik? Da      Ne

Če vas je zdravil, napišite ime in priimek zdravnika: \_\_\_\_\_

3. Ali ste v zadnjem letu jemali zdravila? Da      Ne

Katera: \_\_\_\_\_

4. Ali ste imeli komplikacije pri lokalni in splošni anesteziji? Da      Ne

5. Ali ste alergični na kakšno zdravilo? Da      Ne

6. Ali so nastale kdaj motnje v strjevanju krvi? Da      Ne

7. Ali so vas zdravili z obsevanjem glave ali vratu? Da      Ne

8. Ali imate zdaj kakšno nalezljivo bolezen? Da      Ne

9. Ali ste kdaj dobili transfuzijo krvi? Da      Ne

Navedite datum: \_\_\_\_\_

10. Ali kadite, koliko? Da      Ne

11. Podčrtajte bolezni ali stanja, ki jih imate ali ste jih imeli:

Okvara srčnih zaklopk	levkemija	glavkom (zelena mrena)
Umetna srčna zaklopka	povečane bezgavke	glivične bolezni ustne sluznice
Infekcijski endokarditis	astma	zlatenica
Prirojene srčne okvare	alergične težave	bolezni ščitnice
Visok pritisk	stalni kašelj	virusni hepatitis
Možganska kap	bolezni dihal	epilepsija (božjast)
Srčni infarkt	Tbc	psihično zdravljenje
Srčni »pacemaker«	sladkorna bolezen	razjede na prebavilih
Revmatični artritis	vnetje obnosnih votlin	spolne bolezni
Anemija	malignom (rak)	

12. Ali bi bili lahko izpostavljeni virusu AIDS-a zaradi različnih dejavnikov? Da      Ne

13. Ali imate protitelesa HIV? Da      Ne

14. Ali ste noseči? (za ženske) Da      Ne

Kdaj pričakujete porod? \_\_\_\_\_

15. Ali imate katero od bolezni, ki ni vpisana v vprašalniku? Da      Ne

Odgovorijo samo bolniki, ki bodo dobili splošno anestezijsko:

16. Ali ste v zadnjih štirih urah tešči? Da      Ne

17. Ali imate snemno protezo? Da      Ne

18. Ali nosite kontaktne leče? Da      Ne

19. Ali vas bo po posegu kdo peljal domov? Da      Ne

20. Kdo bo ob vas na dan posega? \_\_\_\_\_

Podpis bolnika: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Pregledal zobozdravnik: \_\_\_\_\_

## IZJAVA

Priimek in ime: \_\_\_\_\_

Leto rojstva: \_\_\_\_\_

Naslov: \_\_\_\_\_

1. Pristanem na zobozdravniška zdravljenja in stomatoprotetično oskrbo na meni/mojem otroku\*, kot mi je predložil zobozdravnik.
2. Pristanem na anestezijo, za katero bo zobozdravnik menil, da je primerna za dogovorjeni poseg.
3. Seznanjen/a sem z dejstvom, da je uspeh posega odvisen od reakcije organizma, od zobozdravnika in vrste posega, od ravnanja bolnika neposredno pred in med posegom ter v času posega.
4. Seznanjen/a sem s tem, da se končni rezultat in učinek operacije/posega lahko oceni šele šest mesecev po posegu.
5. Priložnostno pristanem na fotografiranje, snemanja zaradi medicinske dokumentacije.
6. Pristanem na uporabo fotodokumentacije v medicinskoznanstvene, strokovne ali učne namene, pri katerih se širši javnosti ne bo odkrila pacientova identiteta.
7. Izjavljam, da sem v razgovoru z zobozdravnikom dobil vse želene informacije o posegu, za katerega sem se odločil.
8. Potrjujem, da sem z polnim razumevanjem, pri polni zavseti in svojevolsjno podpisal to izjavo.
9. Načrt posega je del medicinske dokumentacije, ki se hrani.

\*za mladoletne osebe da pisno soglasje starš/skrbnik

Datum:

Podpis:

### OBVESTILO O ODJAVI VAŠIH REZERVIRANIH OBISKOV V ZOBNI ORDINACIJI

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 lepo 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 pravočasno ne dobimo, Vam bomo primorani zaračunati nadomestilo v vrednosti 80,00 Eur.**

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

Osebe: zobne ordinacije Gregor Vesel, dr.dent.med.

Vaš podpis: