Ordinace / razítko

Anamnéza a souhlas se stomatologickým ošetřením

Údaje klienta

Jméno a příjmení

Datum narození

Telefon

Datum

ZDRAVOTNÍ KARTA PACIENTA / SOUHLAS SE STOMATOLOGICKÝM OŠETŘENÍM

Důležité kontraindikace — informujte zubního lékaře před ošetřením

- Bisfosfonáty (riziko osteonekrózy čelisti — uveďte POVINNĚ!)
- Kardiostimulátor nebo chlopenní náhrady
- Hemofilie a poruchy srážlivosti krve
- Těhotenství (zejména 1. a 3. trimestr — anestezie s opatrností)
- Alergie na lidokain / artikain (anestetika)
- Aktivní opar v ústech nebo kolem úst
- Užívání antikoagulancií (kyselina acetylsalicylová, rivaroxaban, warfarin, apixaban)
- Infarkt nebo cévní mozková příhoda v posledních 6 měsících
- Autoimunitní onemocnění (revmatoidní artritida, Sjögrenův syndrom)

ANAMNÉZA — vyplnění je povinné. Zamlčení informací může ohrozit zdraví i život pacienta.

Onemocnění srdce (infarkt, hypertenze, vada chlopní, ischemická choroba srdeční) nebo infarkt/mozková příhoda v posledních 6 měsících? ☐ Ano ☐ Ne

Kardiostimulátor nebo chlopenní náhrady? ☐ Ano ☐ Ne

Onemocnění krve (anémie, hemofilie, poruchy srážlivosti)? ☐ Ano ☐ Ne

Cukrovka, onemocnění štítné žlázy, průduškové astma? ☐ Ano ☐ Ne

Infekční onemocnění (hepatitida B/C, HIV, tuberkulóza)? ☐ Ano ☐ Ne

Těhotenství? ☐ Ano ☐ Ne

Pokud ANO — týden těhotenství

Alergie na léky / latex / kovy (uveďte jaké, nebo napište ŽÁDNÉ)

Antikoagulancia (kyselina acetylsalicylová, rivaroxaban, warfarin, apixaban)? ☐ Ano ☐ Ne

☐ OSTEOPORÓZA / bisfosfonáty — zamlčení této informace může způsobit osteonekrózu čelisti!

Měl(a) jste někdy alergickou reakci na místní anestezii? ☐ Ano ☐ Ne

Pravidelně užívané léky

SOUHLAS S OŠETŘENÍM — Uděluji informovaný souhlas s vyšetřením dutiny ústní, podáním místní anestezie, provedením rentgenových vyšetření a provedením navrženého plánu stomatologické léčby. Zubní lékař mě úplně informoval o plánovaném výkonu, jeho účelu, možných komplikacích, alternativních způsobech léčby a předpokládaných nákladech. Všechny zdravotní údaje, které jsem uvedl(a), jsou pravdivé.

☐ *Souhlasím s pořízením doporučených rentgenových snímků. Byl(a) jsem informován(a) o použití ionizujícího záření pro diagnostické účely, které představuje minimální riziko pro zdraví.*

☐ *Uděluji svobodný a informovaný souhlas se stomatologickým ošetřením a podáním místní anestezie (§ 28 a 31 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách)*

☐ *Potvrzuji, že jsem se seznámil(a) s výše uvedenými informacemi o zpracování svých zdravotních údajů pro účely diagnostiky a léčby*

Uvedení kontaktních údajů je nezbytné pro hladké provedení plánu léčby. Ordinace si vyhrazuje právo kontaktovat vás z léčebných a organizačních důvodů (čl. 6 odst. 1 písm. b) a čl. 9 odst. 2 písm. h) GDPR).

☐ *Souhlasím se zasíláním obchodních sdělení (newsletter, preventivní kampaně, akce) — souhlas je dobrovolný a lze jej kdykoli odvolat*

PROHLÁŠENÍ O OCHRANĚ OSOBNÍCH ÚDAJŮ – Potvrzuji, že jsem byl(a) informován(a), že správcem mých údajů je _____, se sídlem _____, IČO: _____. Ordinace zpracovává mé zdravotní údaje pro účely diagnostiky a léčby, tedy poskytování zdravotní péče, prostřednictvím zdravotnických pracovníků vázaných povinností mlčenlivosti (čl. 9 odst. 2 písm. h) GDPR a § 51 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách). Zdravotnická dokumentace se uchovává po dobu stanovenou vyhláškou č. 444/2024 Sb., o zdravotnické dokumentaci — v zubním lékařství 5 let od posledního poskytnutí zdravotních služeb. Kromě ordinace mají k mým údajům přístup jen zpracovatelé, kteří pro ni pracují (například poskytovatelé IT služeb a hostingu), smluvně vázaní mlčenlivostí a povinností údaje zabezpečit. Mám právo na přístup ke svým údajům, na jejich opravu a omezení zpracování; právo na výmaz se nevztahuje na zdravotnickou dokumentaci, kterou je ordinace povinna uchovávat. Mohu podat stížnost u dozorového úřadu, kterým je Úřad pro ochranu osobních údajů (ÚOOÚ, Pplk. Sochora 27, 170 00 Praha 7, www.uoou.gov.cz), a obrátit se na soud. V České republice provádí GDPR zákon č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů.

Datum

Podpis pacienta (anamnéza, souhlas s ošetřením a GDPR)

Pokyny po extrakci / chirurgickém výkonu v dutině ústní

> POKYNY PO EXTRAKCI / CHIRURGICKÉM VÝKONU — Přečtěte si a potvrďte každý bod. Jejich nedodržení může způsobit komplikaci, která si vyžádá další návštěvu.

1. TAMPON: skousněte ho na 30 až 40 minut a neplivejte. Mírné krvácení po několik hodin je normální. Pokud krvácení trvá déle než 1 hodinu — přiložte nový tampon a kontaktujte ordinaci.

- [ ] Rozumím pokynům k tamponu a vím, kdy kontaktovat ordinaci

2. JÍDLO: 2 hodiny nejezte a nepijte (do odeznění anestezie). Po dobu 24 hodin: studená a měkká strava (jogurt, polévka). Vyhněte se horkým nápojům.

- [ ] Zavazuji se 2 hodiny nejíst a 24 hodin po výkonu dodržovat studenou a měkkou stravu

3. PŘÍSNÝ ZÁKAZ po dobu 24 až 48 hodin: kouření, pití brčkem, intenzivní fyzická námaha, vyplachování úst. Kterákoli z těchto činností může způsobit suché lůžko (alveolitidu) — mimořádně bolestivý stav, který vyžaduje další ošetření.

- [ ] Rozumím a zavazuji se nejméně 24 hodin zcela se vyhnout kouření, pití brčkem a intenzivní námaze

4. HYGIENA: zuby čistěte normálně, ošetřené místo vynechejte. Od následujícího dne: po jídle jemně vyplachujte slanou vodou. Vyhněte se ústním vodám s alkoholem.

- [ ] Rozumím pokynům k čištění zubů a vyplachování po výkonu

5. LÉKY: užívejte léky proti bolesti / antibiotikum podle pokynů zubního lékaře. Vyhněte se kyselině acetylsalicylové (zvyšuje krvácení). Pokud bolest po 3. dni sílí — ihned kontaktujte ordinaci.

- [ ] Budu užívat léky podle pokynů a kontaktuji ordinaci, pokud bolest po 3. dni zesílí

Datum

Podpis pacienta (převzetí pokynů po extrakci)