

## ANAMNÉZA

**Prosím, vyplňte následující údaje a odpovězte na otázky.**

**Každou změnu nahlaste vždy před ošetřením.**

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa:

Zaměstnání:

Telefonní číslo:

E-mail:

Jak jste se o mě dozvěděl/a ?

**Odpovězte: ANO/NE**

Užíváte pravidelně léky? Jaké?

Máte alergii na nějaké léky či anestetika?

Prodělal/a jste infekční žloutenku?

Kouříte?

Pro ženy: Jste těhotná?

Používáte nějaké pomůcky na čištění mezizubních prostor? Jak často?

**Trpíte na některou z těchto chorob? Pokud ano, tak danou chorobu podtrhněte.**

Vysoký krevní tlak, choroba srdce, epilepsie, cukrovka, vir HIV, hemofilie?

**Svým podpisem potvrzuji, že všechny mnou uvedené informace jsou pravdivé.**

**Jaká je Vaše oblíbená kapela či interpret?**

**Byl/a jsem informován/a o zpracování mých osobních údajů, včetně citlivých osobních údajů, za následujících podmínek:**

- (a) **správce:** Veronika Nováková, DiS., IČO 067 91 263, 5. 12. 1991, U výstaviště 19, Praha 7
- (b) **rozsah osobních údajů:** osobní údaje obsažené ve zdravotnické dokumentaci, zahrnující identifikační údaje, kontaktní údaje, citlivé údaje vypovídající o mém zdravotním stavu;
- (c) **účel zpracování:** vedení zdravotnické dokumentace;
- (d) **právní základ:** zpracování je nezbytné pro splnění právní povinnosti výše uvedeného správce vést zdravotnickou dokumentaci o svém pacientovi;
- (e) **doba zpracování:** doba potřebná k dosažení účelu zpracování;
- (f) **práva pacienta:** mám právo požadovat od výše uvedeného správce osobních údajů přístup k mým osobním údajům, jejich opravu nebo výmaz anebo omezení zpracování a právo vznést námitku proti zpracování, jakož i právo na přenositelnost údajů. Dále mám právo podat stížnost proti zpracování osobních údajů u Úřadu pro ochranu osobních údajů.

**Svým podpisem dále potvrzuji, že dentální hygiena bude provedena v rámci indikace zubního lékaře, jméno:**

**Datum:**

**Podpis:**