# VPRAŠALNIK O ZDRAVJU 1 2

## Spoštovani starši/skrbniki,

vljudno vas prosimo, da izpolnite vprašalnik, s katerim bomo dobili boljši vpogled v zdravstveno stanje vašega otroka in zagotovili boljše načrtovanje ortodontske obravnave.

Podatki so zaupne narave in jih bo vaš ortodont uporabljal izključno za medicinske namene.

Ime in priimek otroka: Rojstni datum otroka: Šola in razred, ki ga obiskuje: Ime in priimek staršev/skrbnikov: Kontaktni podatki (telefon, mobitel, e-naslov):

Ali vam lahko morebitna obvestila pošiljamo po e-pošti (obkrožite): **DA NE**

## Zakaj ste prišli v našo ambulanto (s svojimi besedami opišite, kaj vas pri otroku moti v zvezi z zobmi, zaradi kakšne težave ste prišli)?

**DRUŽINSKA ANAMNEZA (vprašanja se nanašajo izključno na družinske člane):**

Število otrok v družini:

Ali ima (je imel) kdo v družini in sorodstvu kakšne ortodontske nepravilnosti? Ali je (bil) kdo deležen ortodontskega zdravljenja? Ali ima kdo v družini izraženo alergijo? Ali imate v družini kakšna težja bolezenska stanja?

## OSEBNA ANAMNEZA (vprašanja se nanašajo na otroka)

Prirojene bolezni: Dojenje – število mesecev: Sesanje dude od do Hranjenje po steklenički od do Sesanje prsta od do Izrast prvega mlečnega zoba (mesec starosti) stalnega zoba (leto starosti) Poškodbe zob (kateri, kako in kdaj): Poškodbe čeljusti in obraza (kako, kaj in kdaj): Pogosta prehladna obolenja: v predšolskem obdobju **DA NE**

 v šolskem obdobju **DA NE**

Težave z dihanjem na nos: **DA NE**

Morebitna obravnava na ORL: **DA NE**

Odstranitev žrelnice (leto starosti): Odstranitev mandljev (leto starosti):

1Svetovno zobozdravniško združenje / World Dental Federation ( FDI) je že leta 1989 priporočilo, da v okviru anamneze pacient izpolni vprašalnik o podatkih, ki so pomembni za nadaljnjo varno obravnavo. Na osnovi priporočil je Zdravniška zbornica Slovenije pripravila vsebino vprašalnika.

2 Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva dovoljuje zbiranje teh podatkov (ZZPZ, Ur.list, št. 65/2000).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| med spanjem | **DA** | **NE** |
| čez dan, ko se zamisli, med igro, med gledanjem TV | **DA** | **NE** |
| Smrčanje v spanju: | **DA** | **NE** |
| Ali je otrok alergičen na kakšno zdravilo ali drugo snov? | **DA** | **NE** |

Če da, na kaj? Ali ima otrok kakšno govorno motnjo? Ali hodi k logopedu? .

Ali je bil vaš otrok kdaj zdravljen v bolnišnici? **DA NE**

Če da, kdaj in zakaj?

Ali je vaš otrok kdaj prejel transfuzijo krvi? **DA NE** Če da, kdaj?

Obkrožite bolezni (stanja), ki jih je imel ali jih ima vaš otrok:

* okvara srčnih zaklopk
* prirojene srčne napake
* okvara srčne mišice
* motnje srčnega ritma
* endokarditis
* bolezni ščitnice
* bolezni obščitnice
* sladkorna bolezen
* astma
* kronični bronhitis
* sinusitis
* glavoboli
* povečane bezgavke
* vnetje obnosnih votlin
* maligno obolenje (rak)
* levkemija
* anemija
* hemofilija
* druge bolezni krvi
* zlatenica okuženost z virusom hepatitisa
* okuženost z virusom HIV
* vrtoglavice
* motnje zavesti
* epilepsija (božjast)
* duševna bolezen
* stalno ali pogosto vnetje ustne votline in obzobnih tkiv
* otroške bolezni (npr. ošpice, norice, rdečke,…):

Prosimo, napišite še bolezen ali okoliščino, ki jo morebiti ima (ali je imel) vaš otrok in ni vpisana na vprašalniku:

Bolezen, za katero se morda zdravi sedaj, in katera zdravila jemlje?

Telesna višina Telesna teža Datum merjenja Hobiji, interesne dejavnosti (šport, igranje instrumentov):

Uspeh v šoli v zadnjem letu (neobvezen podatek): Še kakšen podatek, ki se vam zdi pomemben pri našem sodelovanju, pa ga do sedaj niste navedli:

Ob spremembi zdravstvenega stanja otroka so starši dolžni o tem obvestiti izbranega ortodonta.

Zobozdravnik, ki ga obiskuje otrok(mladostnik):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontaktni podatki zobozdravnika (telefon, e-pošta):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vprašalnik o zdravju izpolnil(ime in priimek): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

S podpisom jamčim, da so navedeni podatki resnični in verodostojni.

Datum: Podpis staršev/skrbnika: