



# Vprašalnik PP

Prosimo Vas, da odgovorite na spodaj navedena vprašanja. Izpolnjen vprašalnik nam nato pošljite na naš elektronski naslov pred vašim terminom za Prvi pregled. Vaši odgovori nam bodo v veliko pomoč pri načrtovanju zdravljenja.

Hvala za zaupanje.

Gregor Hočevar, dr.dent.med.  
M.Sc., University Master in Oral Implantology  
Specialist in Biological Dentistry and Ceramic Implants  
(ISMI Germany, IAOCI USA)

## 1. Namen vašega obiska

Razlog vašega obiska pri nas, npr. bolečine, nezadovoljstvo z izgledom zob, odstranitev srebrnih zalivk, ugotavljanje morebitnih vnetij-žarišč, keramični implantati, težave z dlesnimi, drugo zdravniško mnenje, ...

## 2. Akutna bolečina

Imate v predelu zob/ustne votline prisotne bolečine? Če ja, kje so prisotne, kakšne so, kdaj se pojavijo in kaj jih sproži?

## 3. Posegi v ustih

Kateri posegi so bili v zadnjih treh letih izvedeni na zobeh ali drugje v ustni votlini?



**4. Rentgenska diagnostika**

Ste v zadnjih treh mesecih opravili rentgensko slikanje celotnega zobovja, tako imenovan ortopan? Če ja, kdaj?

---

---

**5. Čeljustni sklep**

Imate težave, bolečine v čeljustnem sklepu? Občutite ob odpiranju ust in grizenju pokanje, bolečine? Če ja, na kateri strani?

---

---

**6. Žvečenje**

Imate občutek, da lahko hrano dobro prežvečite? Je žvečenje enakomerno na levi in desni strani ali pa se določene strani pri žvečenju izogibate zaradi bolečine, zaradi premajhnega števila zob?

---

---

---

---

## Splošna medicinska anamneza

7. Ali bolehate za katero boleznijo? Če da, za katero?

---

---

8. Ali Vas je v zadnjih dveh letih zdravil zdravnik? Če da, zaradi česa?

---

---

9. Ali ste se v zadnjih dveh letih zdravili v bolnišnici? Če da, zaradi česa?

---

---

10. Katera zdravila jemljete pogosto ali stalno?

---

---

---





11. Jemljete prehranska dopolnila (vitamini, minerali, ipd.)? Če da, katera in koliko?

---

---

---

12. Ali ste kdaj imeli komplikacije pri lokalni ali splošni anesteziji? Če da, kdaj?

---

---

13. Ali ste alergični na kakšno zdravilo ali snov? Če da, katero?

---

---

14. Ali ste kdaj imeli motnje v strjevanju krvi? Če da, kdaj?

---

---

15. Ali so Vas kdaj zdravili z obsevanjem glave ali vratu? Če da, kdaj?

---

---

16. Ali imate trenutno kakšno nalezljivo bolezen? Če da, katero?

---

---

17. Ali ste kdaj dobili transfuzijo krvi? Če da, kdaj?

---

---

18. Ali kadite? Če da, koliko na dan?

---

---

19. Kako bi opisali svoje trenutno stanje? Npr.: zdrav-a in poln-a energije ali utrujen-a?

---

---





20. Označite bolezni ali stanja, ki jih imate ali ste jih imeli?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Sladkorna bolezen      | <input type="radio"/> Bolezni ščitnice       | <input type="radio"/> Povečane bezgavke          |
| <input type="radio"/> Umetna srčna zaklopka  | <input type="radio"/> Multipla skleroza (MS) | <input type="radio"/> Revmatična obolenja-sklepi |
| <input type="radio"/> Okvara srčnih zaklopk  | <input type="radio"/> Glavkom (zelena mrena) | <input type="radio"/> Levkemija                  |
| <input type="radio"/> Slabokrvnost (anemija) | <input type="radio"/> Astma                  | <input type="radio"/> Epilepsija                 |
| <input type="radio"/> Možganska kap          | <input type="radio"/> Bolezni dihal          | <input type="radio"/> Prirojene srčne okvare     |
| <input type="radio"/> Virusni hepatitis      | <input type="radio"/> Zlatenica              | <input type="radio"/> Povišan holesterol         |
| <input type="radio"/> Visok pritisk          | <input type="radio"/> Srčni infarkt          | <input type="radio"/> Psihiatrično zdravljenje   |
| <input type="radio"/> Vnetje sinusov         | <input type="radio"/> Migrene                | <input type="radio"/> Obolenja ledvic/mehurja    |
| <input type="radio"/> Obolenja prebavil      | <input type="radio"/> Obolenja jeter         | <input type="radio"/> Alergične težave           |
| <input type="radio"/> Obolenja prostate      | <input type="radio"/> Spolne bolezni         | <input type="radio"/> Ginekološke težave         |
| <input type="radio"/> Srčni spodbujevalnik   | <input type="radio"/> Stalni kašelj          |  |
|  | <input type="radio"/> Malignom (rak)         |  |

21. Ali imate katero od bolezni, ki ni vpisana v vprašalnik? Če da, katero?

22. Ali bi bili lahko izpostavljeni virusu AIDS (HIV)? Če da, zaradi česa?

23. Ali imate protitelesa HIV? Če da, od kdaj?

24. Za ženske. Ali ste noseči? Če da, kdaj pričakujete porod?

25. Ali ste cepljeni proti koronavirusu (Covid-19)? Če da, kolikokrat?

26. Kako/kje ste izvedeli za nas?

Če bi poleg vprašanega želeli še kaj dodati, lahko to storite tu:

## PRIVOLITVENA IZJAVA POSAMEZNIKA

Ki jo v skladu z določili Uredbe (EU) 2016/679 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 27. aprila 2016 o varstvu posameznikov pri obdelavi osebnih podatkov in o prostem pretoku takih podatkov ter razveljavitvi Direktive 95/46/ES (v nadaljevanju splošna uredba) podaja

Ime: \_\_\_\_\_

Priimek: \_\_\_\_\_

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

Elektronski naslov: \_\_\_\_\_

Tel. št.: \_\_\_\_\_

Z izbiro te izjave dajem upravljalcu osebnih podatkov (izvajalcu zdravstvene dejavnosti) privolitev za obdelavo mojih osebnih podatkov (brez podatkov o zdravstvenem stanju idr.), ki jih obdeluje na podlagi zakona in sklenjenih pogodb ter izvajanja zdravstvene dejavnosti, za namen neposrednega trženja, ki vključuje oblikovanje udi meni prilagojenih ponudb različnih vrst produktov iz področja zdravstvene dejavnosti, ki jo izvaja izvajalec in vabil na dogodke na podlagi ocenjevanja in predvidevanja mojih interesov, ekonomskega položaja, potreb ipd., preko:

- **Navadne pošte,**
- **Elektronske pošte,**
- **Kratkih SMS in MMS sporočil,**
- **Telefona,**
- **Z uporabo samodejnih klicnih in komunikacijskih sistemov za opravljanje klicev na naročnikovo telefonsko številko brez človekovega posredovanja.**

Seznanjen sem z možnostjo, da lahko podano privolitev kadarkoli delno ali v celoti prekličem. To lahko storim s pisno izjavo, naslovljeno na naslov Reteče 205, 4220 Škofja Loka, ali na elektronski naslov [info@centerhocevar.com](mailto:info@centerhocevar.com) in izvajalec bo z obdelavo, ki temelji na preklicani privolitvi, prenehal naslednji dan po prejemu preklica privolitve.

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

Podpis:

\_\_\_\_\_



V primeru, da ne želite prejemati naših E-obvestil, nam to sporočite.

### Vaši osebni podatki

Ime in priimek:

Datum in kraj rojstva:

Spol (*obkroži*):     Ž    M

Zakonski stan:

Poklic:

Domači naslov:

Kontaktni telefon:

Elektronska pošta:

\* Ob rezervaciji termina Vas prosimo, da upoštevajte **24 urni odpovedni rok**. Obisk lahko brez stroškov odpoveste najkasneje do 24 ur pred dogovorjenim terminom na telefonsko številko +368 (0)8 200 53 58 ali +386 (0)40 557 257 oziroma na e-poštni naslov: [info@centerhocevar.com](mailto:info@centerhocevar.com). V nasprotnem primeru Vam bomo primorani zaračunati nadomestilo za rezerviran termin v vrednosti 150€.

S podpisom dajem privolitev za obdelavo svojih podatkov zgolj v medicinske namene. Hkrati s podpisom potrjujem, da sem seznanjen/a s pogoji 24 urnega odpovednega roka. Zasebnost je zagotovljena!

Datum:

Vaš podpis:

