VESTNÍK

**MINISTERSTVA ZDRAVOTNÍCTVA SLOVENSKEJ REPUBLIKY**

Čiastka 1-9 Dňa 1. februára 2018 Ročník 66

**OBSAH:**

**Normatívna časť:**

1. Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vedení zdravotnej dokumentácie v špecializovanej ambulancii zubného lekárstva

**2.**

**Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky**

**o vedení zdravotnej dokumentácie v špecializovanej ambulancii zubného lekárstva**

Číslo: S03015-2017-OZS Dňa: 19. 12. 2017

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. b) zákona č. 576/2004

Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva toto odborné usmernenie:

## Čl. I

**Účel odborného usmernenia**

Toto odborné usmernenie upravuje obsah a formu vedenia zdravotnej dokumentácie v špecializovanej ambulancii zubného lekárstva (ďalej len „zdravotná dokumentácia“).

## Vedenie zdravotnej dokumentácie v špecializovanej ambulancii zubného lekárstva

**Čl. II**

1. Zdravotná dokumentácia vedená v špecializovanej ambulancii zubného lekárstva (ďalej len

„zubná ambulancia“) obsahuje

1. **Zdravotný záznam v zubnej ambulancii**, ktorý vypĺňa zubný lekár pri zakladaní zdravotnej dokumentácie pacienta (ďalej len „osoba“) a to na začiatku poskytovania systematickej zdravotnej starostlivosti o ústne zdravie osoby a pri zmene poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

**Zdravotný záznam** obsahuje minimálne

1. osobné údaje osoby a to meno, priezvisko, rodné (identifikačné) číslo, adresu trvalého bydliska alebo adresu kde sa osoba zdržuje, e-mail, telefónny kontakt, číselný kód zdravotnej poisťovne, typ dokladu pre zdravotnú poisťovňu
2. súhlas so spracovaním osobných údajov osoby v informačnom systéme podľa osobitného predpisu1s uvedením dátumu a podpisom osoby alebo jej zákonného zástupcu. V prípade podpisu zákonným zástupcom sa uvedie meno a priezvisko zákonného zástupcu

0F

1. zubným lekárom zistené rizikové a zapísané rizikové faktory a alergie, prípadne iné dôležité záznamy vyplývajúce z anamnézy osoby, najmä zistené rizikové faktory a alergie
2. dátum a čas vyplnenia zdravotného záznamu
3. meno, priezvisko, podpis zubného lekára, odtlačok jeho pečiatky a odtlačok pečiatky zdravotníckeho zariadenia
4. **Anamnestický dotazník osoby,** ktorý vypĺňa osoba alebo jej zákonný zástupca pri založení zdravotnej dokumentácie, na začiatku poskytovania systematickej zdravotnej starostlivosti o ústne zdravie maloletej osoby a po dovŕšení 18. roku veku osoby; ďalší anamnestický dotazník vypĺňa osoba alebo jej zákonný zástupca pri zmene zdravotného stavu.

**Anamnestický dotazník** osoby obsahuje minimálne

* 1. jej osobné údaje a to meno, priezvisko, rodné (identifikačné) číslo, adresu trvalého bydliska alebo adresu kde sa osoba zdržuje
  2. meno, priezvisko, adresu a telefonický kontakt na všeobecného lekára osoby

1) zákon č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

* 1. anamnestické údaje v súvislosti s chorobami osoby a jeho liečbou a informácie o zistenej alergii
  2. vyhlásenie osoby o pravdivosti údajov podľa bodov 1. až 3. a o poučení o povinnosti nahlásiť každú zmenu zdravotného stavu zubnému lekárovi
  3. dátum vyplnenia anamnestického dotazníka a podpis osoby alebo jej zákonného zástupcu

## Záznam o vstupnom vyšetrení osoby v zubnej ambulancii

vypĺňa zubný lekár na začiatku systematickej zdravotnej starostlivosti o ústne zdravie

* u maloletej osoby pri založení jej zdravotnej dokumentácie,
* u dospelej osoby po dovŕšení 18. roku života,
* pri zmene poskytovateľa zdravotnej starostlivosti.

**Záznam o vstupnom vyšetrení** osoby obsahuje minimálne

1. odtlačok pečiatky zdravotníckeho zariadenia
2. poradové číslo listu zdravotného záznamu
3. osobné údaje osoby a to meno, priezvisko, rodné (identifikačné) číslo, kód zdravotnej poisťovne, typ dokladu pre zdravotnú poisťovňu
4. zápis vyšetrenia ústnej dutiny, ktorý obsahuje minimálne

* stav chrupu, index kazivosti chrupu (KPE) a v kolonke, ktorá je pokračovaním číselného označenia zubov označí „X“ mliečnu alebo trvalú dentíciu, vpravo KPE sa diferencovane uvedie súčet počtu zubov postihnutých zubným kazom/s výplňou/extrahovaných
* index pre potrebu ošetrenia parodontu (CPITN); vpravo je uvedená 6-dielová tabuľka CPITN, určená na zápis najvyššieho skóre v príslušnom sextante,

1. V ďalšom texte sa krúžkom označí zistený nález:

* stav ústnej hygieny,
* onkologická prehliadka ústnej dutiny,
* popis čeľustno-ortopedickej anomálie orientačne,
* funkčný stav protetických prác,
* zápis o stave frenulum labii a posúdenie hĺbky vestibulum oris v rozsahu 44-34 u osôb,
* stav ostatných slizníc a jazyka,
* výsledok palpácie lymfatických uzlín,
* v tabuľke sú ponechané voľné kolonky bez označenia a sú určené pre voľbu a odborné zameranie zubného lekára, podľa rozdielneho nálezu u osoby napr. erózia, abrázia a pod. s označením patologického stavu

1. dátum a čas vstupného vyšetrenia osoby
2. podpis zubného lekára, odtlačok jeho pečiatky a odtlačok pečiatky zdravotníckeho zariadenia
3. nález klinického vyšetrenia ako zápis zistených skutočností ( nachádza sa na druhej strane záznamu).
4. **Záznam o preventívnej prehliadke** vypĺňa zubný lekár pri preventívnej prehliadke. Zdravotný záznam z preventívneho vyšetrenia sa aktualizuje pri každej preventívnej prehliadke. U maloletých osôb sa preventívne prehliadky vykonávajú dvakrát v kalendárnom roku. U dospelých osôb po dovŕšení 18. roku sa preventívna prehliadka vykonáva jedenkrát v kalendárnom roku.

**Záznam o preventívnej prehliadke** obsahuje minimálne

1. poradové číslo listu,

2 osobné údaje osoby a to meno, priezvisko, rodné (identifikačné) číslo,

1. záznam stavu chrupu, stanovenie KPE indexu a indexu CPITN, návrh ošetrenia.

Zubný lekár hodnotí fyziologický stav a patologické zmeny s porovnaním s posledným vyšetrením, pričom zapíše iba patologické zmeny. V prípade nezmeneného nálezu potvrdí tento stav s odkazom na nález a dátum posledného vyšetrenia. Záznam eviduje nález stavu ústneho zdravia a dáva prehľad o absolvovaných preventívnych prehliadkach

1. dátum a čas zápisu do dekurzu,
2. podpis zubného lekára a odtlačok jeho pečiatky
3. druhá strana je pokračovaním evidencie nálezov z ďalších preventívnych prehliadok.
4. **Záznam o priebehu liečby** predstavuje „dekurz“ o priebehu liečby a obsahuje záznam o rozsahu poskytnutej zdravotnej starostlivosti a služieb súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti v zubnej ambulancii. Dekurz o priebehu liečby je identický pre maloletú osobu a pre dospelú osobu.

**Každá strana dekurzu** obsahuje minimálne

1. poradové číslo listu,
2. osobné údaje osoby a to meno, priezvisko, rodné (identifikačné) číslo,
3. dátum a čas zápisu do dekurzu,
4. zápis o poskytnutej zdravotnej starostlivosti a službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, a to najmä kód výkonu, diagnózu podľa MKCH s latinským názvom ochorenia, priebeh a druh vyšetrenia alebo ošetrenia, označenie ošetreného zuba číslicami podľa Fedération Dentaire Internationale (FDI) alebo anatomickej oblasti, druh a popis RTG snímky, zápis v prípade indikácie vyšetrenia vitality zuba alebo poklopovej citlivosti príslušného zuba, odporúčanie ďalších vyšetrení a odberov biologického materiálu, odporúčanie na vyšetrenie k lekárovi špecialistovi,
5. ordinácie a liečbu, druh použitého liečebného prípravku, názov dentálneho materiálu, názov roztoku a jeho koncentráciu (napr. na výplach koreňového kanála, výplach parodontálnych vačkov). V prípade podania lokálnej anestézie zápis názvu lokálneho anestetika, aplikovaného množstva a druh lokálnej anestézie. Zápis preskripcie liekov na recept obsahuje názov lieku, koncentráciu, predpísané množstvo balení a dávkovanie,
6. podpis zubného lekára a odtlačok jeho pečiatky

Druhá strana listu je pokračovaním evidencie priebehu liečby, tak ako je uvedené v bodoch 3 až 6.

1. **Záznam o poučení osoby alebo jej zákonného zástupcu o poskytovanej zdravotnej starostlivosti a informovaný súhlas osoby alebo jej zákonného zástupcu.** Po informácii o poskytovanej zdravotnej starostlivosti zubný lekár vyplní záznam, ktorý osoba alebo jej zákonný zástupca podpíše. Podľa zváženia zubného lekára v prípade indikácie špecializovaných výkonov môže poučenie osoby rozšíriť o ďalšie skutočnosti súvisiace s vyšetrením a liečbou.

## Výsledky zobrazovacích techník

1. **Záznamy z konziliárnych a iných vyšetrení a ošetrení, týkajúce sa vyšetrenia a ošetrenia stavu chrupu a celej ústnej dutiny.**
2. Všetky záznamy, alebo ich súčasti, ktoré sú súčasťou zdravotnej dokumentácie podľa odseku 1, sú obojstranné dokumenty označené poradovým číslom a zakladajú sa v chronologickom poradí.

## Čl. III

* 1. Vzor zdravotného záznamu v zubnej ambulancii je uvedený v Prílohe č. 1. Na rubovej strane sa nachádza anamnestický dotazník osoby. Anamnestický dotazník sa používa aj ako samostatný list, v ktorom zubný lekár eviduje zmeny v celkovom zdravotnom stave osoby a jeho liečby a tento sa označuje číslom.
  2. Vzor záznamu o vstupnom vyšetrení osoby v zubnej ambulancii je uvedený v Prílohe č. 2. Na jeho rubovej strane sa nachádza rubrika pre popis nálezu z vstupného vyšetrenia.
  3. Vzor záznamu o preventívnej prehliadke je uvedený v Prílohe č. 3. Je to obojstranný dokument, ktorý sa označuje číslom a zakladá v chronologickom poradí.
  4. Vzor záznamu o priebehu liečby je uvedený v Prílohe č. 4.
  5. Vzor záznamu o poučení osoby alebo jej zákonného zástupcu o poskytovanej zdravotnej starostlivosti a informovaný súhlas osoby alebo jej zákonného zástupcu je uvedený v Prílohe č. 5.
  6. V zdravotnej dokumentácii sa nepoužívajú odvolávky, odkazy a opakovacie znaky s výnimkou dlhodobo zaužívaných, ako sú Th., BPN, idem. Pri použití ,,idem“ v popise nálezu nezmeneného zdravotného stavu v zdravotnej dokumentácii „Záznam o preventívnej prehliadke a priebehu liečby“ alebo „Záznam o priebehu liečby“ sa uvedie odvolávka na presný dátum a hodinu predchádzajúceho posúdenia zdravotného stavu. Pre prehľadnosť je možné používať odporúčané skratky uvedené v zvláštnej prílohe zdravotnej dokumentácie osoby, s podpisom zubného lekára.

## Čl. IV

**Zdravotnícke zariadenia a kompetentný zdravotnícky pracovník**

1. Zdravotníckym zariadením určeným na vedenie zdravotnej dokumentácie je zubná ambulancia.
2. Kompetentným zdravotníckym pracovníkom na vedenie zdravotníckej dokumentácie v zubnej ambulancii je zubný lekár1F .

2

## Čl. V

Tlačivá zdravotnej dokumentácie, používané v zubnom lekárstve v zubnej ambulancii v čase vydania tohto usmernenia, zostávajú v platnosti do 31. decembra 2023.

## Čl. VI

**Zrušovacie ustanovenie**

Zrušuje sa odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky o vedení zdravotnej dokumentácie osoby v špecializovanej ambulancii zubného lekárstva číslo 01529-OZS – 2012 zo dňa 29. 2. 2012 uverejnené vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky,

čiastka 6 - 15, ročník 60 zo dňa 31. apríla 2012.

## Čl. VII

**Účinnosť**

Toto odborné usmernenie nadobúda účinnosť dňom zverejnenia vo Vestníku Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky.

## Tomáš Drucker, v. r. minister

2) § 2 ods. 2 nariadenia vlády Slovenskej republiky č. 513/2011 Z. z. o používaní profesijných titulov a ich skratiek viažucich sa na odbornú spôsobilosť na výkon zdravotníckeho povolania.

**Príloha č. 1 k odbornému usmerneniu Ministerstva zdravotníctva SR č. S03015-2017-OZS**

**z 19. 12. 2017**

Odtlačok pečiatky zdravotníckeho zariadenia:

# Zdravotný záznam osoby

**v špecializovanej ambulancii zubného lekárstva**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ZP:** | | | | | | | | **Typ dokl. ZP:** | | | | | | | |
| **Meno, priezvisko a titul pacienta:** | **Rodné (identifikačné) číslo:** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |
| **Trvalé bydlisko pacienta : telefónny kontakt:**  **e-mail:** | **Dátum narodenia:** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| **Štátna prísl.** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Súhlasím so spracovaním svojich osobných údajov v informačnom systéme:**    dátum podpis pacienta/ zákonného zástupcu  Meno, priezvisko zákonného zástupcu : | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Rizikové faktory, alergie:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Iné záznamy:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Meno, priezvisko, odtlačok pečiatky lekára:**    dátum a čas podpis zubného lekára | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Príloha č. 1 k odbornému usmerneniu Ministerstva zdravotníctva SR č. S03015-2017-OZS**

**z 19. 12. 2017**

**Anamnestický dotazník pacienta**

(pacient / zákonný zástupca označí zakrúžkovaním)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Meno a priezvisko pacienta:** Rodné číslo:  Trvalé bydlisko: Štátna príslušnosť:  Telefónny kontakt: e-mail: Povolanie: | | | |
| Meno ošetrujúceho všeobecného lekára /lekára pre deti a dorast/ a tel. kontakt: | | | |
| Užívate lieky?  Ak áno, uveďte aké: | áno | nie |  |
| Mali ste niekedy nepríjemnú reakciu pri ošetrení u zubného lekára? | áno | nie |  |
| **Boli ste v minulosti chorý alebo ste sa liečili/liečite sa na niektoré z uvedených ochorení:** | | | |
| Hepatitída (žltačka) | áno | nie | Poznámky: |
| Tuberkulóza | áno | nie |
| Pohlavné ochorenia | áno | nie |
| Reumatická horúčka, šarlach | áno | nie |
| Ochorenia alebo operácie srdca | áno | nie |
| Ochorenia obličiek | áno | nie |
| Vysoký krvný tlak | áno | nie |
| Ochorenia dýchacích ciest, alebo astma | áno | nie |
| Diabetes mellitus (cukrovka) | áno | nie |
| Ochorenia štítnej žľazy, alebo iné hormonálne poruchy | áno | nie |
| Epilepsia | áno | nie |
| Krvné ochorenia | áno | nie |
| Psychiatrické ochorenia | áno | nie |
| Vrodené vývinové chyby | áno | nie |
| Dedičné ochorenia | áno | nie |
| Osteoporóza | áno | nie |  |
| Iné chorenia: | | | |
| **Bola Vám zistená alergia na:** | | | |
| Lieky  ak áno, uveďte ktoré: | áno | nie |  |
| Iné látky  ak áno, uveďte ktoré: | áno | nie |  |
|  | | | |
| Krvácate dlho po poranení? | áno | nie |  |
| Boli ste liečení na nádorové ochorenia? | áno | nie |
| Fajčíte? Ak áno, uveďte počet vyfajčených cigariet denne | áno | nie |
| Ste HIV pozitívny? | áno | nie |
| **Otázky pre pacientky:** | | | |
| Ste tehotná? Ak áno, uveďte mesiac tehotenstva | áno | nie |  |
| Užívate hormonálnu antikoncepciu? | áno | nie |  |
| **Potvrdzujem, že všetky údaje som uviedol (a) správne. Zmenu zdravotného stavu alebo zmenu liečby som povinný (á) aj bez vyzvania oznámiť ošetrujúcemu zubnému lekárovi.**  podpis pacienta alebo zákonného zástupcu, dátum | | | |

**Príloha č. 2 k odbornému usmerneniu Ministerstva zdravotníctva SR č. S03015-2017-OZS**

**z 19. 12. 2017**

Odtlačok pečiatky

zdravotníckeho zariadenia: List č......

# Záznam o vstupnom vyšetrení pacienta

**v špecializovanej ambulancii zubného lekárstva**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ZP:** | | | | | | **Typ dokl.ZP:** | | | | | |
| **Meno, priezvisko a titul pacienta:** | **Rodné (identifikačné) číslo:** | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |

## Zápis z vyšetrenia chrupu

**LEGENDA:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** | **17** | **16** | **15** | **14** | **13** | **12** | **11** | **21** | **22** | **23** | **24** | **25** | **26** | **27** | **28** |  |
|  |  |  | **55** | **54** | **53** | **52** | **51** | **61** | **62** | **63** | **64** | **65** |  |  |  |  |
|  |  |  | **85** | **84** | **83** | **82** | **81** | **71** | **72** | **73** | **74** | **75** |  |  |  |  |
| **48** | **47** | **46** | **45** | **44** | **43** | **42** | **41** | **31** | **32** | **33** | **34** | **35** | **36** | **37** | **38** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Návrh ošetrenia



**Ústna hygiena: 1.** výborná **2.** priemerná **3.** nevyhovujúca

**Onkologická prehliadka DU: 1.** bez patologického nálezu **2.** patologický nález

**Čelustno ortopedická anomália: .........................................................................**

**Protetické práce: 1.**vyhovujúce **2.** nevyhovujúce





CPITN

**KPE**





CPITN

Status

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Status CPITN

Návrh ošetrenia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Insertio frenuli labii sup.:** | 1. fyziologické | 2. patologické |
| **Insertio frenuli labii inf.:** | 1. fyziologické | 2. patologické |
| **Hĺbka vestibulum oris inf.:** | 1. fyziologické | 2. patologické |
| **Jazyk – plazenie:** | 1. fyziologické | 2. plazenie patologické |
| **povrch:** | 1. fyziologický | 2. patologický |
| **Sliznice:** | 1. fyziologické | 2. patologické |
| **Pery:** | 1. fyziologické | 2. patologické zmeny |
| **Podnebie:** | 1. gotické | 2. sliznica zdravá 3. sliznica patologicky zmenená |
| **Slinné žľazy:** | 1. fyziologické | 2. zväčšené |
| **Lymfatické uzliny:** | 1. nehmatné | 2. hmatné - zväčšené |
| **palpačne:** | 1. nebolestivé | 2. bolestivé |
| **Otváranie úst:** | 1. fyziologické | 2. obmedzené |
| **Kože tváre a perí:** | 1. bez florescencie | 2. patologicky zmenená |

Dátum vyšetrenia, odtlačok pečiatky a podpis zubného lekára : .................................................

Nález klinického vyšetrenia

**Príloha č. 3 k odbornému usmerneniu Ministerstva zdravotníctva SR č. S03015-2017-OZS**

**z 19. 12. 2017**

**Záznam o preventívnej prehliadke** List č......

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Meno, priezvisko a titul pacienta:** | **Rodné (identifikačné) číslo:** | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Návrh ošetrenia Status | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** | **17** | **16** | **15** | **14** | **13** | **12** | **11** | **21** | **22** | **23** | **24** | **25** | **26** | **27** | **28** |  | CPITN |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | **55** | **54** | **53** | **52** | **51** | **61** | **62** | **63** | **64** | **65** |  |  |  |
|  |  |  | **85** | **84** | **83** | **82** | **81** | **71** | **72** | **73** | **74** | **75** |  |  |  |  |  | | | |
|  | **KPE** |  | | |
| **48** | **47** | **46** | **45** | **44** | **43** | **42** | **41** | **31** | **32** | **33** | **34** | **35** | **36** | **37** | **38** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Status  Návrh ošetrenia | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dátum, čas | | | Záznam z preventívnej prehliadky | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Návrh ošetrenia Status | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** | **17** | **16** | **15** | **14** | **13** | **12** | **11** | **21** | **22** | **23** | **24** | **25** | **26** | **27** | **28** |  | CPITN |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | **55** | **54** | **53** | **52** | **51** | **61** | **62** | **63** | **64** | **65** |  |  |  |
|  |  |  | **85** | **84** | **83** | **82** | **81** | **71** | **72** | **73** | **74** | **75** |  |  |  |  |  | | | |
|  | **KPE** |  | | |
| **48** | **47** | **46** | **45** | **44** | **43** | **42** | **41** | **31** | **32** | **33** | **34** | **35** | **36** | **37** | **38** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Status  Návrh ošetrenia | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dátum, čas | | | Záznam z preventívnej prehliadky | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Návrh ošetrenia Status | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** | **17** | **16** | **15** | **14** | **13** | **12** | **11** | **21** | **22** | **23** | **24** | **25** | **26** | **27** | **28** |  | CPITN |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | **55** | **54** | **53** | **52** | **51** | **61** | **62** | **63** | **64** | **65** |  |  |  |
|  |  |  | **85** | **84** | **83** | **82** | **81** | **71** | **72** | **73** | **74** | **75** |  |  |  |  |  | | | |
|  | **KPE** |  | | |
| **48** | **47** | **46** | **45** | **44** | **43** | **42** | **41** | **31** | **32** | **33** | **34** | **35** | **36** | **37** | **38** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Status  Návrh ošetrenia | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dátum, čas | | | Záznam z preventívnej prehliadky | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Návrh ošetrenia Status | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** | **17** | **16** | **15** | **14** | **13** | **12** | **11** | **21** | **22** | **23** | **24** | **25** | **26** | **27** | **28** |  | CPITN |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | **55** | **54** | **53** | **52** | **51** | **61** | **62** | **63** | **64** | **65** |  |  |  |
|  |  |  | **85** | **84** | **83** | **82** | **81** | **71** | **72** | **73** | **74** | **75** |  |  |  |  |  | | | |
|  | **KPE** |  | | |
| **48** | **47** | **46** | **45** | **44** | **43** | **42** | **41** | **31** | **32** | **33** | **34** | **35** | **36** | **37** | **38** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Status  Návrh ošetrenia | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dátum, čas | | | Záznam z preventívnej prehliadky | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Návrh ošetrenia Status | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** | **17** | **16** | **15** | **14** | **13** | **12** | **11** | **21** | **22** | **23** | **24** | **25** | **26** | **27** | **28** |  | CPITN |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | **55** | **54** | **53** | **52** | **51** | **61** | **62** | **63** | **64** | **65** |  |  |  |
|  |  |  | **85** | **84** | **83** | **82** | **81** | **71** | **72** | **73** | **74** | **75** |  |  |  |  |  | | | |
|  | **KPE** |  | | |
| **48** | **47** | **46** | **45** | **44** | **43** | **42** | **41** | **31** | **32** | **33** | **34** | **35** | **36** | **37** | **38** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Status  Návrh ošetrenia | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dátum, čas | | | Záznam z preventívnej prehliadky | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Návrh ošetrenia Status | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **18** | **17** | **16** | **15** | **14** | **13** | **12** | **11** | **21** | **22** | **23** | **24** | **25** | **26** | **27** | **28** |  | CPITN |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | **55** | **54** | **53** | **52** | **51** | **61** | **62** | **63** | **64** | **65** |  |  |  |
|  |  |  | **85** | **84** | **83** | **82** | **81** | **71** | **72** | **73** | **74** | **75** |  |  |  |  |  | | | |
|  | **KPE** |  | | |
| **48** | **47** | **46** | **45** | **44** | **43** | **42** | **41** | **31** | **32** | **33** | **34** | **35** | **36** | **37** | **38** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Status  Návrh ošetrenia | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dátum, čas | | | Záznam z preventívnej prehliadky | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Príloha č. 4 k odbornému usmerneniu Ministerstva zdravotníctva SR č. S03015-2017-OZS**

**z 19. 12. 2017**

**Záznam o priebehu liečby** List č......

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Meno, priezvisko a titul pacienta:** | **Rodné (identifikačné) číslo:** | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dátum, čas | Diagnóza, vyšetrenie, liečba |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dátum, čas | Diagnóza, vyšetrenie, liečba |
|  |  |

**Príloha č. 5 k odbornému usmerneniu Ministerstva zdravotníctva SR č. S03015-2017-OZS**

**z 19. 12. 2017**

## ZÁZNAM O POUČENÍ OSOBY ALEBO JEJ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU

**O POSKYTOVANEJ ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI A INFORMOVANÝ SÚHLAS OSOBY ALEBO JEJ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU**

Klinika/oddelenie/ambulancia: ............................................................................................................. .......................................

Meno, priezvisko a dátum narodenia dieťaťa alebo osoby nad 18 rokov, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť:

...............................................................................................................................................................................................................

Na základe vyšetrenia vyššie uvedeného dieťaťa alebo osoby nad 18 rokov, vzhľadom na novovzniknuté ťažkosti, prípadne nové prejavy ochorenia bola (i) stanovená (é) diagnóza (y), (prípadne sa uvedie aj predoperačná diagnóza)\*

...........................................................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................................

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný postup, príp. navrhovaný výkon (napr. chirurgický, endoskopický, iný)\*

.......................................................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................................................

Dolu podpísaný (á) potvrdzujem svojím podpisom, že ošetrujúcemu

zubnému lekárovi, ktorý ma vyšetril, som pri poskytnutí anamnestických údajov nezatajil (a) žiadne vážnejšie ochorenie, pre ktoré som sa v minulosti liečil (a), prípadne ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované (v prípade potreby doplnenie závažných anamnestických údajov):

.......................................................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................................................

Zároveň svojím podpisom potvrdzujem, že som bol (a) počas dnešného lekárskeho vyšetrenia informovaný (á) o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a s dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť.

Svojim podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným liečebným postupom súhlasím – nesúhlasím.\*\* V ............................................................ dňa................................................ čas ...............

(podpis osoby alebo zákonného zástupcu)

(Meno, priezvisko, odtlačok pečiatky a podpis ošetrujúceho zubného lekára)

\* vyplní ošetrujúci zubný lekár v slovenskom jazyku \*\* nehodiace preškrtnúť