

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY PACJENTA

Wszystkie informacje zawarte w kwestionariuszu są objęte tajemnicą lekarską.

DANE OSOBOWE PACJENTA

IMIĘ/IMIONA I NAZWISKO

PESEL..... DATA URODZENIA

ADRES ZAMIESZKANIA.....

.....

TELEFON KOMÓRKOWY TELEFON STACJONARNY

EMAIL.....

DANE O STANIE ZDROWIA PACJENTA

Prosimy zaznaczyć odpowiedzi symbolem "x", oraz uzupełnić tabele szczegółowymi informacjami na temat Pani/Pana stanu zdrowia.

CZY STWIERDZONO U PANI/PANA NASTĘPUJĄCE ZABURZENIA STANU ZDROWIA ?	TAK	NIE	NIE WIEM
Nadciśnienie tętnicze			
Niewydolność krążenia			
Choroba niedokrwienna serca			
Zawał serca			
Zaburzenia rytmu serca			
Wada serca			
Udar mózgu			
Astma			
Inne zaburzenia układu oddechowego			
Cukrzyca			
Nadczynność tarczycy			
Niedoczynność tarczycy			
Inne zaburzenia hormonalne			
Choroby nerek			
Zaburzenia krzepnięcia krwi (np. nadmierna krzepliwość lub przedłużone krwawienia- spowodowane stanem zdrowia albo przyjmowanymi lekami)			
Anemia			

Inne zaburzenia krwi			
WZW typu B			
WZW typu C			
Dodatni wynik HBS			
HIV/AIDS			
Inne choroby zakaźne			
Choroby reumatyczne			
Choroby skóry			
Padaczka			
Depresja			
Inne zaburzenia psychiczne			
Choroby oczu			
Alergia na leki			
jeśli tak, proszę wymienić na jakie:			
Alergia na preparaty i/lub znieczulenia stomatologiczne			
jeśli tak, proszę wymienić na jakie:			
Alergia na nikiel			
INNE DANE O STANIE ZDROWIA			
Ciąża			
Zabiegi operacyjne w ciągu ostatnich 2lat			
jeśli tak, proszę wymienić jakie:			
Operacje lub inne zabiegi na sercu			
jeśli tak, proszę wymienić jakie:			
Przeszczepy narządów			
jeśli tak, proszę wymienić jakie:			
Wstawione protezy, zastawki lub inne elementy			
jeśli tak, proszę wymienić jakie:			
Inne schorzenia lub zaburzenia zdrowia nie wymienione powyżej			
jeśli tak, proszę wymienić jakie:			
Proszę wymienić przyjmowane leki i/lub stosowane inne terapie lecznicze:			

WYWIAD STOMATOLOGICZNY

CZY ODCZUWA PANI/PAN KTÓREŚ Z PONIŻSZYCH DOLEGLIWOŚCI ?	TAK	NIE	NIE WIEM
Ból w trakcie żucia/gryzienia			
Ból przy zmianie temperatury			
Ból przy słodkich lub kwaśnych pokarmach			
Nieprzyjemny zapach z ust			
Zgrzytanie i/lub zaciskanie zębów			
Bóle stawu skroniowo-żuchwowego lub żuchwy			
Migreny/bóle głowy			
Trudności przy otwieraniu lub zamykaniu ust			
Nawracające opryszczki			
Nawracające afty			
Pękające kąciki ust			
Chrapanie w czasie snu			
Krwawienie lub ból dziąseł			
WYWIAD RODZINNY I PRZEBYTE ZABIEGI			
Czy ktoś w rodzinie chorował na choroby dziąseł lub przyzębia(np. paradontoza)?			
Czy był/a Pan/Pani leczony/a ortodontycznie?			
Czy był/a Pan/Pani leczony/a periodontologicznie?			
Czy był/a Pan/Pani leczony/a chirurgicznie w obrębie głowy i szyi?			
Czy był/a Pan/Pani leczony/a implantologicznie?			
Kiedy ostatnio był/a Pan/Pani u dentysty?			
Czy był/a Pan/Pani znieczulany/a do zabiegów stomatologicznych?			

Oświadczam, że podane przez mnie powyżej informacje są zgodne ze stanem fizycznym . O wszelkich zmianach w moim stanie zdrowia, szczególnie mogących mieć wpływ na przebieg leczenia stomatologicznego, zobowiązuje się niezwłocznie poinformować lekarza prowadzącego . Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb mojego leczenia stomatologicznego.

data i podpis Pacjenta.....