

Przyjazna Stomatologia

DANE KONTAKTOWE PACJENTA

Imię i nazwisko: _____

Data urodzenia: _____ PESEL: _____

Adres zamieszkania: _____

Numer telefonu: _____ E-mail: _____

WYWIAD LEKARSKI

Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią, proszę pominąć pytanie i wyjaśnić wątpliwości z lekarzem prowadzącym. W tabelce właściwą odpowiedź zaznaczamy krzyżykiem „X”.

L.P.		TAK	NIE	NIE WIEM	DODATKOWE INFORMACJE
1.	Czy występują u Pana/ Pani: bóle głowy jednostronne lub obustronne				Proszę podać jakie:
2.	Czy choruje Pan/Pani lub chorował(a) na choroby serca/ naczyń krwionośnych (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego, żylaki, zapalenie żył, inne)				Proszę wskazać na co:

3.	Czy choruje Pan/Pani lub chorował(a) na choroby zakaźne (WZW B, WZW C, HIV/AIDS, weneryczne, inne)				Proszę wpisać nazwę choroby:
4.	Czy choruje Pan/Pani lub chorował(a) na alergię, nadwrażliwość (katar sienny, astma, inne)				Proszę wskazać na co:
5.	Czy choruje Pan/Pani lub chorował(a) na choroby wewnętrzne (cukrzyca, nadciśnienie, inne)				Proszę wskazać na co:
6.	Czy choruje Pan/Pani lub chorował(a) na choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, inne)				Proszę wskazać na co:
7.	Czy choruje Pan/Pani lub chorował(a) na choroby neurologiczne (padaczka, wylew, udar mózgu, nerwice, psychozy, inne)				Proszę wskazać na co:
8.	Czy przyjmuje Pan/Pani jakieś leki?				Proszę podać jakie:
9.	Czy pali Pan/Pani tytoń? Od ilu lat? Ile papierosów dziennie?				
10.	Czy jest Pan/Pani uczulony(a) na leki, materiały? (np. penicylina, akryl, nikiel, złoto)				Proszę wskazać na co:
11.	Czy prowadzona jest terapia hormonalna?				
12.	Czy występują inne schorzenia ogólne?				Proszę podać jakie:

13.	Czy w ciągu ostatnich lat był wykonywany zabieg operacyjny?				Proszę podać jaki:
14.	Czy w ciągu ostatnich lat był wykonywany drobny zabieg (np. usunięcie brodawki)?				Proszę podać jaki:
15.	Czy w ciągu ostatnich lat był wykonywany zabieg kosmetyczny (przekłuwanie uszu, tatuaż, depilacja)?				Proszę podać jaki:
16.	Czy jest Pani w ciąży?				Jeśli TAK proszę podać w którym miesiącu
17.	Czy karmi Pani piersią?				

WYWIAD STOMATOLOGICZNY

1. Kiedy ostatnio był Pan/Pani na wizycie stomatologicznej? _____
2. Jak często czyszczone są zęby? _____
3. Kiedy odbyła się ostatnia higienizacja zębów? _____
4. Czy w przeszłości wystąpiły urazy szczęki? _____
5. Czy było przeprowadzane leczenie ortodontyczne? _____
6. Czy występuje zgrzytanie zębami? _____
7. Czy występują bóle szczęk i problemy z gryzieniem? _____

ZGODY

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania stomatologicznego oraz leczenie. O każdej zmianie stanu zdrowia lub przyjmowanych lekach pisemnie poinformuję lekarza.

Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia miejscowego. Zostałem(am) poinformowany(a) o ryzyku oraz powikłaniach związanych z podaniem znieczulenia.

Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej oraz dokumentacji RTG i wykorzystywanie jej na potrzeby leczenia i prac naukowych.

Data, czytelny podpis pacjenta/rodzica lub opiekuna

Podpis lekarza dentysty