

.....
Imię i nazwisko

Wywiad lekarski:

Kiedy ostatnio odbyła się wizyta u lekarza stomatologa?.....

Kiedy ostatnio odbyła się wizyta u higienistki stomatologicznej?.....

Jaki jest powód dzisiejszej wizyty?.....

.....
 Co jest dla Pana/i ważne podczas wizyty u stomatologa?.....

Ankieta zdrowia:

Prosimy o wpisanie znaku „X” w odpowiedniej rubryce.

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo. Prosimy dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania. W przypadku trudności z odpowiedzią prosimy pominąć pytanie i wyjaśnić wątpliwości z lekarzem prowadzącym. Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia oraz odpowiedniego znieczulenia przed zabiegiem.

Czy stwierdzono u Pana/i :	TAK	NIE	NIE WIEM
Choroby serca (wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego)			
Choroby krwi/naczyń krwionośnych (hemofilia, anemia, naczylniaki, zapalenie żył, złe ukrwienie naczyń, inne)			
Nadciśnienie			
Inne choroby układu krążenia (miażdżyca, migotanie przedsionków, przebyty udar mózgu)			
Choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu)			
Choroby tarczycy (Hashimoto, choroba Gravesa-Basedowa, niedoczynność/ nadczynność)			
Choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli)			

Choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, jelit)			
Choroby układu nerwowego (padaczka, niedowład, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia)			
Zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa)			
Choroby układu kostno-stawowego (ból korzonkowy, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach)			
Choroby reumatyczne			
Choroby psychosomatyczne (depresja, nerwica, anoreksja, bulimia)			
Choroby okulistyczne, oczu (jaskra, zaćma)			
Choroby nowotworowe			
Choroby wątroby (żółtaczką, marskość)			
Osteoporozę			
Choroby zakaźne (podkreślić) żółtaczką zakaźną typu A, typu B, typu C, gruźlica, HIV/AIDS, opryszczka, choroby weneryczne. Inne.....			
Inne niewymienione dotąd choroby lub schorzenia			
Czy przyjmuje Pan/i jakieś leki?			
Czy jest Pan/i na coś uczulony/a? (leki, środki znieczulające, materiały stomatologiczne, pokarmy, pyłki, itp.)			
Czy jest Pan/i od czegoś uzależniony/a? (papierosy, alkohol, narkotyki)			
Pytanie dotyczące kobiet:			
	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy jest Pani w ciąży? Jeśli TAK, to w którym miesiącu?			

OŚWIADCZENIE PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO*

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są przeze mnie zrozumiałe, zgodne z prawdą i stanem faktycznym. Wszystkie zmiany mojej sytuacji zdrowotnej zobowiązuje się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

.....
Data i podpis pacjenta/opiekuna prawnego*

*niepotrzebne skreślić