

INFORMACJA O ZDROWIU I HISTORIA CHOROBY

Data dzisiejsza:.....

Imię pacjenta:..... Data urodzenia:.....

W przypadku uzupełnienia ankiety w imieniu pacjenta:

Imię i nazwisko..... Nr telefonu:..... Relacja z pacjentem:.....

Kontakt w nagłych wypadkach (jeśli nie uzupełniono powyższych danych)

Imię i nazwisko:..... Nr telefonu:..... Relacja z pacjentem:.....

Lekarz pierwszego kontaktu:

Nr telefonu:..... Miasto i województwo:.....

Data ostatniej wizyty lekarskiej:..... Data ostatniego pobrania
krwi:.....

Inni lekarze i specjaliści:

Imię i nazwisko:..... Specjalizacja:.....

Nr telefonu:..... Miasto i województwo:.....

Imię i nazwisko:..... Specjalizacja:.....

Nr telefonu:..... Miasto i województwo:.....

1. Czy w ciągu ostatnich 3 lat zostałeś/łaś wysłany/-a do szpitala lub miałeś/łaś operację?
Tak / Nie

Jeśli Tak, to kiedy i na czym polegała
operacja:.....

**2. Czy kiedykolwiek miałeś/łaś szkolenia dotyczące przyjęcia JAKIEGOKOLWIEK
lekarstwa lub środka zapobiegawczego przed jakąkolwiek wizytą stomatologiczną?**
Tak / Nie

Jeśli Tak, wyjaśnij:.....

3. Czy w tym czasie przyjmowałeś/łaś JAKIEKOLWIEK lekarstwa, leczenia?
Tak / Nie

(Jeśli przyniosłeś/łaś ze sobą kompletną listę z lekarstwami, przekaz ją recepcjoniście)

Zalecone przez lekarza:.....

Lekarstwa bez recepty (np. aspiryna, Advil, tabletki przeciwhistaminowe, środki nasenne,
itp.):.....

Witaminy, napary naturalne lub ziołowe, i/lub suplementy diety:

.....

Czy kiedykolwiek przechodziłeś/łaś radioterapię lub chemioterapię*?

Tak / Nie

Jeśli Tak, to jak długo?..... Podaj nazwę instytucji, gdzie dokonano terapii:.....

4. Czy kiedykolwiek byłeś/łaś leczony/a bisfosfonianem (Foxamax)?

Tak / Nie

5. Czy masz uczulenie lub jakąkolwiek nietypową reakcję na:

lateks.....metale lub biżuterię..... (miejscowe) znieczulenie stomatologiczne.....
fluorek.....tlenek diazotu (tzw. gaz rozwesalający)..... Ogólne znieczulenie.....

6. Czy kiedykolwiek miałeś/łaś jakąkolwiek reakcję na następujące lekarstwa?

Penicylinę (lub jego pochodną).....Środki uspokajające
(Valium).....Tetracyklinę.....
Kodeinę.....Aspirynę/Ibuprofen (Advil, Motrin, Nuprin).....Keflex (Cefalexinum).....
Leki sulfonowe.....Jodynę.....Klindamycynę (Cleocin).....
Niesteroidowe leki przeciwzapalne (Celebrex, Vioxx,
Anaprox).....Erytromycynę.....

7. Czy KIEDYKOLWIEK miałeś/łaś reakcję alergiczną na inne lekarstwa, leczenia, pigułki?

Tak / Nie

Jeśli tak, podaj listę:.....

Ocenione przez:.....

INFORMACJA O ZDROWIU I HISTORIA CHOROBY (ciąg dalszy)

Imię i nazwisko pacjenta:.....

8. Czy kiedykolwiek miałeś/łaś następujące dolegliwości?

(Zaznacz **Tak / Nie** w każdym pytaniu)

- | | |
|--|--|
| • Wrodzone wady serca | Astma |
| • Angina lub bóle w klatce piersiowej | Katar sienny, alergie skórne lub inne alergie |
| • Żywieniowe | Problemy z zatokami |
| • Miażdżycy | Gruźlica, rozedma lub inna choroba płuc |
| • Zastoinowa niewydolność serca | Problemy skórne |
| • Choroba wieńcowa | Rana albo blizna, która łatwo się krwawi lub która jest nieuleczalna |
| • Operacja serca | Problem lub choroba tarczycy |
| • (jeśli tak, to kiedy i jaki rodzaj) | Zapalenie stawów |
| • Zawał (jeśli tak, to kiedy) | Jaskra lub inna choroba oczu |
| • Cukrzyca lub choroby jego pochodne | |
| • Choroba reumatyczna serca/gorączka reumatyczna | |

- Infekcyjne zapalenie wsierdza*
- Uraz zastawki serca/Zwężenie zastawki mitralne
- Sztuczna zastawka serca
- Rozrusznik serca
- Udar lub apopleksja
- Wysokie ciśnienie krwi
- Niskie ciśnienie krwi
- Anemia
- Hemofilia lub inna choroba krwi
- Nadmierne krwawienie z jakiegokolwiek nacięcia lub wypadku
- Transplantacja organów
- Jakikolwiek sztuczny staw, chirurgia łączna lub proteza
 - Jeśli tak, to jakie złącze i miejsce protezy:
 - Kiedy była operacja?
- Zapalenie wątroby, żółtaczka i inne choroby wątroby
- Dowolna forma choroby nowotworowej

Epilepsja lub inne zaburzenia napadowe

Jakiegolwiek problemy z nerkami
Wrzody, choroba refluksowa przełyku lub inne

Problemy z żołądkiem

Zaburzony układ odpornościowy
(Toczeń, HIV, problemy promieniotwórcze, itp.)

Choroba przenoszona drogą płciową (STD)

Inne choroby mentalne

Leczony w jakiegolwiek placówce psychologicznej

Tylko dla kobiet: **Tak / Nie**

Czy jesteś w ciąży?

Jeśli tak, to kiedy jest data porodu?

Myślisz, czy mogłaś zajść w ciążę?

Czy obecnie przebywasz na porodówce?

Czy przyjmujesz pigułki antykoncepcyjne?

Czy przyjmujesz jakiegolwiek pigułki hormonalne?

9. Czy masz jakieś inne przypadłości, choroby lub problemy ze zdrowiem, które NIE zostały przedstawione powyżej, i z którymi chciałbyś/chciałabyś się z nami podzielić, lub takie, których musimy być świadomi?

Jeśli tak, wyjaśnij:.....
.....
.....
.....

ZGODA - zgodnie z moją wiedzą, wszystkie poprzednie informacje są poprawne i jeśli kiedykolwiek nastąpi zmiana w stanie zdrowia lub lekarstwach, praktyka ta zostanie o nich niezwłocznie poinformowana. Również wyrażam zgodę na to, aby ta praktyka skontaktowała się z dowolnym dostawcą opieki zdrowotnej i udostępniła informacje o zdrowiu pacjenta, aby pomóc w opiece i leczeniu. Ponadto godzę się na to, aby diagnoza, właściwa opieka zdrowotna i leczenie były wykonywane przez tę praktykę dla wyżej wymienionej osoby aż do całkowitego wyleczenia.

Rozumiem, że nie ma gwarancji w opiece zdrowotnej lub stomatologicznej.

Podpis:..... Data:.....
(podpis opiekuna jeśli pacjent jest niepełnoletni)

Ocenione przez:.....