

WYWIAD OGÓLNOMEDYCZNY

Grupowa Praktyka Stomatologiczna s. c.
A. Ratajczak-Zieleniewska i M. Ratajczak
Os.Rzeczypospolitej 4/28, 63-200 Jarocin
tel. 694-910-221

www.dentystajarocin.pl

Imię i nazwisko		
PESEL		
adres		
Nr telefonu		
E-mail		Grupa krwi

Czy pali Pan(i) tytoń? ☐ TAK ☐ NIE

Czy zgrzyta Pan(i) zębami? ☐ TAK ☐ NIE

Czy miewa Pan(i) bóle głowy? ☐ TAK ☐ NIE

☐ obustronne ☐ jednostronne

Czy odczuwa Pan(i) suchość w jamie ustnej? ☐ TAK ☐ NIE

Czy przyjmuje Pan(i) leki? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli TAK, proszę je wymienić

.....

Czy ma Pan(i) skłonność do nadmiernych krwawień? ☐ TAK ☐ NIE

Czy przyjmuje Pan(i) (właściwe podkreślić):

Acard

Polocard

Polopirynę

Aspirynę

inne leki obniżające poziom krzepliwości krwi (heparyna, kumaryny, inne)

Czy jest Pan(i) alergikiem? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli TAK, proszę wymienić alergeny

Czy jest Pan(i) uczulony/a na:

* leki? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli TAK, proszę je wymienić

.....

* środki znieczulające? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli TAK, proszę je wymienić

.....

* lateks? ☐ TAK ☐ NIE

* nikiel, kobalt, chrom, akryl? ☐ TAK ☐ NIE

Czy był/a już Pan(i) znieczulany/a? ☐ TAK ☐ NIE

Czy choruje Pan(i) na (właściwe podkreślić):

choroby tarczycy	cukrzyca	niewydolność krążenia
choroba wieńcowa	nadciśnienie	wada serca
rozedma	choroba nerek	choroby krwi
hemofilia	anemia	gorączka reumatyczna
astma	epilepsja (padaczka)	nerwice
psychoza	gruźlica	HIV, AIDS
wirusowe zapalenie wątroby	narkomania	opryszczka
choroby weneryczne	owrzodzenie żołądka	jaskra

Czy ma/miał(a) Pan(i) inne schorzenia?

Jeśli TAK, proszę je wymienić

.....

Czy jest Pani w ciąży? ☐ TAK ☐ NIE

Czy leczy się Pan(i) w poradni onkologicznej? ☐ TAK ☐ NIE

Czy był/a Pan(i) poddany zabiegom radioterapii, chemioterapii? ☐ TAK ☐ NIE

Czy był/a Pan(i) hospitalizowany/a? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli TAK, kiedy i z jakiego powodu?.....

.....

Czy leczył/a się Pan(i) w poradni chirurgii szczękowo-twarzowej? ☐ TAK ☐ NIE

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są przeze mnie zrozumiane, zgodne z prawdą i stanem faktycznym. Wszystkie zmiany mojej sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić przy najbliższej okazji.

Podane przez Państwa informacje objęte są tajemnicą lekarską.

Data i podpis pacjenta