



ANKIETA PACJENTA PIERWSZORAZOWEGO DLA OSÓB DOROSŁYCH

Dane kontaktowe Pacjenta:

Imię i nazwisko:.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

Telefon kontaktowy:.....

Adres e-mail:.....

Wywiad lekarski

Prosimy odpowiedzieć na wszystkie pytania

Kiedy ostatnio był Pan/i u lekarza stomatologa?

.....

Jakie zabiegi ostatnio były wykonane?

.....

Jaki jest powód dzisiejszej wizyty?

.....

Jakie ma Pan/i oczekiwania związane z leczeniem stomatologicznym?

.....

Czy dotychczasowe leczenie odbywało się w znieczuleniu?

.....

Czy posiada Pan/i zdjęcie panoramiczne, jeśli tak to kiedy było wykonane?

.....

Skąd się Pan/i dowiedział/a o naszej klinice?

.....

WYRAŻAM ZGODĘ NA DOKUMENTACJĘ RADIOLOGICZNA I FOTOGRAFICZNA PODCZAS ZABIEGÓW I PO ZABIEGACH.

Dziękujemy za dokładne wypełnienie wywiadu lekarskiego!

Podane przez Państwa informacje będą objęte tajemnicą lekarską.

Ankieta zdrowia - Prosimy o wpisanie znaku „X” w odpowiedniej rubryce	TAK	NIE	NIE WIEM
Czy stwierdzono u Pani/Pana następujące schorzenia :			
Choroby serca (układ krążenia, zawał, choroby wieńcowa, zapalenie mięśnia sercowego, wady serca, nadciśnienie)			
Choroby krwi i zaburzenia krzepnięcia			
Choroby płuc (gruźlica, zapalenie płuc, astma)			
Choroby reumatyczne			
Choroby okulistyczne			
Choroby nowotworowe			
Choroby nerek (stany zapalne, kamica)			
Choroby wątroby (żółtaczka, marskość)			
Przebyty udar mózgu			
Padaczka			
Osteoporoza - czy przyjmuje Pan/i leki przeciwko osteoporozie np. bifosfoniany			
AIDS			
Cukrzyca			
Alergia na środki znieczulające lub na materiały stomatologiczne			
Alergia na leki			
Inne niewymienione dotąd schorzenia			
Czy przyjmuje Pani/Pan jakieś leki?			
Czy były wykonywane zabiegi chirurgiczne w ciągu ostatnich 2 lat ?			
Czy był wykonywany lub planowany jest przeszczep narządów?			
Czy jest Pani w ciąży?			
Czy miewa Pan/i stany zapalne? Bóle nieznanego pochodzenia jamy ustnej?			
Czy występuje krwawienie dziąseł?			
Czy zaobserwował(a) Pan/i zwiększenie ruchomości zębów?			
Czy Pali Pan/i papierosy? Jeżeli tak to ile sztuk dziennie?			

Oświadczam, że informacje podane powyżej są zgodne ze stanem faktycznym. Wszelkie zmiany mojej sytuacji zdrowotnej, szczególnie mogące mieć wpływ na przebieg leczenia stomatologicznego zobowiązuję się zgłaszać niezwłocznie lekarzowi prowadzącemu.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb mojego leczenia stomatologicznego w CENTRUM STOMATOLOGICZNE KARO-DENT, UL. WILEŃSKA 31B, 56-400 OLEŚNICA.

W imieniu własnym lub jako opiekun ustawowy wyrażam zgodę na udzielanie mi świadczeń w zakresie leczenia stomatologicznego przez, zgodnie z zaakceptowanym przez ze mnie planem leczenia.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przysługujących mi prawach i obowiązkach pacjenta, w tym do wglądu w moją dokumentację medyczną.

Do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia /lub podopiecznego/, udzielonych mi świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej upoważniam Pana/ią.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis Pacjenta)