

Drogi Pacjencie, Droga Pacjentko!

W trosce o bezpieczne i najlepiej dobrane do Twojego stanu zdrowia leczenie stomatologiczne proszę o wypełnienie tego kwestionariusza. Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i pozostaną wyłącznie do wiadomości lekarza dentystry.

.....
Nazwisko, imię pacjenta/ki

.....
Telefon

.....
Adres

PESEL

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Komu zawdzięczamy przyjemność spotkania się z Tobą, czyli jak do nas trafiłeś/aś:

- | | | | | |
|----|---|-----|-----|----------|
| 1 | Czy uważasz, że należy coś zmienić w wyglądzie Twoich zębów? | NIE | TAK | NIE WIEM |
| 2 | Czy miałeś/aś kiedykolwiek wybielane zęby? | NIE | TAK | NIE WIEM |
| 3 | Czy miałeś/aś leczone zęby ortodontycznie? (aparat, wykonaną korektę zgryzu) | NIE | TAK | NIE WIEM |
| 4 | Czy miałeś/aś kiedykolwiek wypadek, podczas którego doszło do złamania szczęki lub zranienia twarzy? | NIE | TAK | NIE WIEM |
| 5 | Czy masz lub miałeś/aś kłopoty z zatokami? | NIE | TAK | NIE WIEM |
| 6 | Czy masz kłopoty z gryzieniem lub żuciem jedzenia? | NIE | TAK | NIE WIEM |
| 7 | Czy masz kłopoty z szerokim otwieraniem ust? | NIE | TAK | NIE WIEM |
| 8 | Czy zęby zmieniły się w ciągu ostatnich pięciu lat? (stały się krótsze, cieńsze) | NIE | TAK | NIE WIEM |
| 9 | Czy możesz zagryźć zęby na więcej niż jeden sposób lub musisz mocno docisnąć zęby, żeby do siebie pasowały? | NIE | TAK | NIE WIEM |
| 10 | Czy gryziesz lód, obgryzasz paznokcie, trzymasz przedmiot w zębach lub masz inne nawyki? | NIE | TAK | NIE WIEM |
| 11 | Czy zaciskasz zęby w ciągu dnia lub wywołujesz ich ból? | NIE | TAK | NIE WIEM |
| 12 | Czy masz kłopoty ze snem lub budzisz się ze świadomością obecności zębów w ustach? | NIE | TAK | NIE WIEM |
| 13 | Czy używasz lub kiedykolwiek używałeś/aś szynę nagryzową-ochronną? | NIE | TAK | NIE WIEM |
| 14 | Czy zdarza Ci się wymiotować? | NIE | TAK | NIE WIEM |
| 15 | Czy jesteś aktualnie leczony/a przez lekarza rodzinnego? Podaj z jakiego powodu:..... | NIE | TAK | NIE WIEM |
| 16 | Czy przyjmowałeś/aś w ciągu ostatniego roku jakieś lekarstwa? Wymień jakie:..... | NIE | TAK | NIE WIEM |
| 17 | Czy byłeś/aś poddawany naświetleniom / sterydoterapii / chemioterapii? | NIE | TAK | NIE WIEM |
| 18 | Czy kiedykolwiek miałeś/aś jakąś operację lub leżałeś/aś w szpitalu? | NIE | TAK | NIE WIEM |

- 19 Czy przybrałeś/aś na wadze lub schudłeś/aś więcej niż 5kg w ciągu roku? NIE TAK NIE WIEM
- 20 Czy gdy się skaleczysz mija więcej niż 10 min zanim przestanie płynąć krew? NIE TAK NIE WIEM
- 21 Czy jesteś na coś uczulony/a? NIE TAK NIE WIEM
Wymień na co:
- 22 Czy kiedykolwiek miałeś/aś: NIE TAK NIE WIEM
- nadciśnienie tętnicze NIE TAK NIE WIEM
 - choroby serca NIE TAK NIE WIEM
 - astmę NIE TAK NIE WIEM
 - choroby tarczycy NIE TAK NIE WIEM
 - żółtaczkę NIE TAK NIE WIEM
 - gruźlicę NIE TAK NIE WIEM
 - choroby nerek NIE TAK NIE WIEM
 - chorobę reumatyczną NIE TAK NIE WIEM
 - chorobę wrzodową żołądka NIE TAK NIE WIEM
 - osteoporozę NIE TAK NIE WIEM
- 23 Czy miałeś/aś niewymienione dotąd schorzenia? NIE TAK NIE WIEM
Wymień jakie:
- 24 Czy zdarzają Ci się zaburzenia świadomości (omdlenia)? NIE TAK NIE WIEM
- 25 Czy palisz papierosy? Podaj ile sztuk dziennie: NIE TAK NIE WIEM
- 26 Pytanie do kobiet: Czy jesteś w ciąży? NIE TAK NIE WIEM
- 27 Czy jest coś dodatkowego o czym chciałbyś/abyś poinformować lekarza/dentystę? NIE TAK NIE WIEM
.....

Oświadczenia

Imię i nazwisko Pacjenta/ki:

PESEL Pacjenta/ki:

Upoważniam następującą osobę * / Nie upoważniam żadnych osób * do otrzymania informacji o stanie mojego zdrowia i udzielanych mi świadczeniach.

Osoba upoważniona:

Adres:, Numer telefonu:

Upoważniam następującą osobę * / Nie upoważniam żadnych osób * do uzyskania dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby.

Osoba upoważniona:

Adres:, Numer telefonu:

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody * na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb procesu leczniczego i działań marketingowych gabinetu (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997r Dz.U. Z 2002r. Nr 101, pozycja 926 z późn. zm).

Data:

Podpis pacjenta:

Data:

Podpis lekarza:

* niepotrzebne skreślić
Karta Praw Pacjenta dostępna do wglądu w gabinecie.