

Imię i nazwisko pacjenta: _____ Nr pacjenta: _____
 Data urodzenia: _____

I. PROSZĘ ZAKREŚLIĆ ODPOWIEDNIĄ ODPOWIEDŹ (w przypadku niezrozumienia pytania należy pozostawić je bez odpowiedzi):

- | | | | |
|----|-----|-----|---|
| 1. | Tak | Nie | Czy Pana/Pani ogólny stan zdrowia jest dobry? |
| 2. | Tak | Nie | Czy w ostatnim roku nastąpiły jakieś zmiany w Pana/Pani zdrowiu? |
| 3. | Tak | Nie | Czy był/a Pan/Pani leczony/a szpitalnie lub przechodził/a poważną chorobę w ciągu ostatnich trzech lat?
Jeśli TAK, z jakiego powodu? _____ |
| 4. | Tak | Nie | Czy obecnie jest Pan/Pani leczony/a przez lekarza? Z jakiego powodu? _____
Data ostatniego badania lekarskiego _____ Data ostatniego badania dentystrycznego _____ |
| 5. | Tak | Nie | Czy miał/a Pan/Pani problemy z poprzednim leczeniem dentystrycznym? |
| 6. | Tak | Nie | Czy w tej chwili odczuwa Pan/Pani ból? |

II. CZY MIAŁ/A PAN/PANI NASTĘPUJĄCE OBJAWY:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|---|-----|-----|-----|-------------------------|
| 7. | Tak | Nie | Ból w klatce piersiowej (dusznicza bolesna)? | 18. | Tak | Nie | Zawroty głowy? |
| 8. | Tak | Nie | Spuchnięte kostki? | 19. | Tak | Nie | Dzwonienie w uszach? |
| 9. | Tak | Nie | Zadyszka? | 20. | Tak | Nie | Bóle głowy? |
| 10. | Tak | Nie | Niedawna utrata wagi, gorączka, pocenie się w nocy? | 21. | Tak | Nie | Omdlenia? |
| 11. | Tak | Nie | Uporczywy kaszel, kaszlenie krwią? | 22. | Tak | Nie | Zaburzenia wzroku? |
| 12. | Tak | Nie | Problemy z krwawieniem, łatwe siniaczenie? | 23. | Tak | Nie | Konwulsje? |
| 13. | Tak | Nie | Problemy z zatokami? | 24. | Tak | Nie | Nadmierne pragnienie? |
| 14. | Tak | Nie | Trudności w połknięciu? | 25. | Tak | Nie | Częste oddawanie moczu? |
| 15. | Tak | Nie | Biegunka, zaparcie, krew w stolcu? | 26. | Tak | Nie | Suchość w ustach? |
| 16. | Tak | Nie | Częste wymioty, mdłości? | 27. | Tak | Nie | Żółtaczka? |
| 17. | Tak | Nie | Trudności w oddawaniu moczu, krew w moczu? | 28. | Tak | Nie | Bóle, sztywność stawów? |

III. CZY PRZECHODZI LUB PRZECHODZIŁ/A PAN/PANI PONIŻSZE CHOROBY:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|---|
| 29. | Tak | Nie | Choroba serca? | 40. | Tak | Nie | AIDS? |
| 30. | Tak | Nie | Atak serca, wady serca? | 41. | Tak | Nie | Nowotwory, rak? |
| 31. | Tak | Nie | Szmery serca? | 42. | Tak | Nie | Artretyzm, reumatyzm? |
| 32. | Tak | Nie | Gorączka reumatyczna? | 43. | Tak | Nie | Choroby oczu? |
| 33. | Tak | Nie | Udar mózgu, stwardnienie naczyń? | 44. | Tak | Nie | Choroby skóry? |
| 34. | Tak | Nie | Nadciśnienie? | 45. | Tak | Nie | Anemia? |
| 35. | Tak | Nie | Astma, gruźlica, rozedma płuc, inne choroby płuc? | 46. | Tak | Nie | Choroby weneryczne (syfilis lub rzeżączka)? |
| 36. | Tak | Nie | Zapalenie wątroby, inne choroby wątroby? | 47. | Tak | Nie | Opryszczka? |
| 37. | Tak | Nie | Problemy żołądka, wrzody? | 48. | Tak | Nie | Choroby nerek, pęcherza? |
| 38. | Tak | Nie | Uczulenie na: leki, żywność, lateks? | 49. | Tak | Nie | Choroba tarczycy, nadnerczy? |
| 39. | Tak | Nie | Cukrzyca w rodzinie, problemy serca, guzy nowotworowe? | 50. | Tak | Nie | Cukrzyca? |

IV. CZY OTRZYMUJE LUB OTRZYMAŁ/A PAN/PANI:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|------------------------------|-----|-----|-----|-----------------------|
| 51. | Tak | Nie | Leczenie psychiatryczne? | 56. | Tak | Nie | Hospitalizacja? |
| 52. | Tak | Nie | Leczenie napromieniowaniem? | 57. | Tak | Nie | Transfuzje krwi? |
| 53. | Tak | Nie | Chemioterapia? | 58. | Tak | Nie | Zabiegi chirurgiczne? |
| 54. | Tak | Nie | Prostetyczna zastawka serca? | 59. | Tak | Nie | Rozrusznik serca? |
| 55. | Tak | Nie | Sztuczny staw? | 60. | Tak | Nie | Soczewki kontaktowe? |

V. CZY PRZYJMUJE PAN/PANI:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|--------------------------|
| 61. | Tak | Nie | Leki rekreacyjne? | 63. | Tak | Nie | Tytoń w dowolnej formie? |
| 62. | Tak | Nie | Leki przepisane przez lekarza i bez recepty
(w tym aspirynę), leki naturalne? | 64. | Tak | Nie | Alkohol? |

Proszę podać: _____

VI. TYLKO KOBIETY:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|-------------------------------------|
| 65. | Tak | Nie | Czy jest pani lub może zająć w ciążę lub karmić piersią? | 66. | Tak | Nie | Przyjmuje tabletki antykoncepcyjne? |
|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|-------------------------------------|

VII. WSZYSCY PACJENCI:

- | | | | |
|-----|-----|-----|--|
| 67. | Tak | Nie | Czy przechodzi lub przechodził/a Pan/Pani jakiegokolwiek inne choroby lub problemy zdrowotne NIE wymienione w tym formularzu?
Jeśli tak, proszę opisać: _____ |
|-----|-----|-----|--|

Zgodnie z posiadanymi przeze mnie informacjami, dokładnie i w pełni odpowiedziałem/am na każde pytanie. Poinformuję swojego dentystę o jakichkolwiek zmianach w moim stanie zdrowia i lekach.

Podpis pacjenta: _____ Data: _____

PRZEGLĄD:

- | | | | | |
|----|-----------------|-------|-------|-------|
| 1. | Podpis pacjenta | _____ | Data: | _____ |
| 2. | Podpis pacjenta | _____ | Data: | _____ |
| 3. | Podpis pacjenta | _____ | Data: | _____ |