

**GABINET STOMATOLOGICZNY**

22 617 29 62

ZIELONE JABŁKO

KWESTIONARIUSZ STANU ZDROWIA PACJENTA

Szanowni Państwo!

Pragniemy stworzyć Państwu możliwie najlepsze warunki leczenia. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie dokumentacji medycznej z dnia 21 grudnia 2010 oraz Ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008, dla Państwa bezpieczeństwa i w celu uniknięcia komplikacji podczas zabiegów konieczne jest zadanie pytań dotyczących stanu zdrowia. Schorzenia ogólne mogą mieć wpływ na wybór odpowiedniej terapii jak i na jej efekty. Odpowiedzi na poniższe pytania są objęte tajemnicą lekarską, pozostaną wyłącznie do wiadomości lekarza stomatologa i nie będą udostępnione stronie trzeciej.

Nazwisko Imię

Adres (ulica, nr domu/nr lokalu)

Kod pocztowy Miasto

Tel. kontaktowy e-mail

PESEL Data urodzenia

Zawód wykonywany Wzrost Waga

Powód zgłoszenia się na wizytę

W jaki sposób dowiedzieli się Państwo o naszym gabinecie

Proszę zakreślić właściwe odpowiedzi

1. Jestem zadowolony z wyglądu własnych zębówTAK NIE NIE WIEM
2. Boję się leczenia stomatologicznego, które chcę rozpocząćTAK NIE NIE WIEM
3. Moje zęby są wrażliwe na ciepłe, zimne, słodkie TAK NIE NIE WIEM
4. Mam trudności z gryzieniem lub żuciem pokarmów TAK NIE NIE WIEM
5. Zdarza się, że krwawią mi dziąsła TAK NIE NIE WIEM
6. Mam problemy z szerokim otwieraniem ust TAK NIE NIE WIEM
7. Mam lub miałem kłopoty z zatokami szczękowymiTAK NIE NIE WIEM
8. Miałem wypadek, podczas którego doszło do urazu zębów lub kości szczęk TAK NIE NIE WIEM
9. Mam nawyk zgrzytania/zaciskania zębów (bruksizm).....TAK NIE NIE WIEM
10. Jestem pod stałą kontrolą lekarzaTAK NIE NIE WIEM
 - z jakiego powodu:
11. Zażywałem w ciągu ostatniego roku lekarstwaTAK NIE NIE WIEM
 - jakie:
12. Mam problemy z oddychaniem przez nos TAK NIE NIE WIEM

DALSZY CIĄG NA NASTĘPNEJ STRONIE →

13. Chorowałem, bądź choruję na:

- żółtaczkęTAK NIE NIE WIEM
- gruźlicę TAK NIE NIE WIEM
- HIV/Aids TAK NIE NIE WIEM
- padaczkęTAK NIE NIE WIEM
- cukrzycę TAK NIE NIE WIEM
- chorobę reumatyczną TAK NIE NIE WIEM
- choroby serca TAK NIE NIE WIEM
- nadciśnienie tętnicze TAK NIE NIE WIEM
- choroby tarczycyTAK NIE NIE WIEM
- choroby nerek TAK NIE NIE WIEM
- astmęTAK NIE NIE WIEM
- chorobę psychicznąTAK NIE NIE WIEM
- chorobę alkoholową TAK NIE NIE WIEM

14. Jestem uzależniony od leków lub narkotyków..... TAK NIE NIE WIEM

15. Gdy się skaleczę mija dużo czasu zanim krew przestanie płynąćTAK NIE NIE WIEM

16. Stwierdzono u mnie alergię TAK NIE NIE WIEM

- na jakie czynniki:

17. Zdarzają mi się omdleniaTAK NIE NIE WIEM

18. Miewam często bóle głowy TAK NIE NIE WIEM

19. Uważam siebie za osobę nerwowąTAK NIE NIE WIEM

20. Często czuję się przygnębiony/nieszczęśliwyTAK NIE NIE WIEM

21. Jestem w ciąży (dotyczy kobiet) TAK NIE NIE WIEM

- w którym miesiącu:

22. Palę papierosy TAK NIE

- ile sztuk dziennie:

23. Po każdym posiłku czyszczę zęby szczoteczką i nitką dentystycznąTAK NIE

24. Upoważniam osobę bliską do uzyskiwania informacji i dokumentacji

na temat mojego stanu zdrowia i udzielonych świadczeń TAK NIE

- imię, nazwisko i dane kontaktowe osoby upoważnionej:

.....

.....

Uwagi (o czym jeszcze powinien wiedzieć stomatolog):

.....

Oświadczam, że znam i akceptuję **Regulamin udzielania świadczeń zdrowotnych** oraz **Cennik usług** w Gabinet Stomatologicznym Zielone Jabłko Alicja Dziedzicka (dokumenty znajdują się do wglądu w poczekalni gabinetu oraz na naszej stronie internetowej www.mikroendodoncja.pl).

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania i udzielenie świadczenia zdrowotnego.

Data: Podpis pacjenta/opiekuna prawnego:

Uwagi lekarza:

Data: Podpis i pieczęć lekarza: