

## ***KWESTIONARIUSZ STANU ZDROWIA***

Szanowni Państwo!

Serdecznie witamy w naszej praktyce. Pragniemy stworzyć Państwu możliwie najlepsze warunki przyjęcia i leczenia. Na początku zakładana jest dokumentacja lekarska, w której dla Państwa bezpieczeństwa i uniknięcia komplikacji konieczne jest zadanie pytań dotyczących stanu zdrowia. Schorzenia ogólne mogą mieć wpływ na wybór odpowiedniej terapii jak i efekty w leczeniu schorzeń stomatologicznych. Prosimy o pełną i dokładną odpowiedź.

W przypadku wątpliwości pomocą służyć będzie personel praktyki.

**Podane przez Państwa informacje objęte są tajemnicą lekarską.**

Dane będą przechowywane i zabezpieczone przed dostępem osób niepowołanych oraz wykorzystywane wyłącznie w celach leczniczych.

### **Pacjent**

.....  
*/imię i nazwisko, data urodzenia /*

.....  
*/PESEL/*

.....  
*/pełny adres zamieszkania, telefony kontaktowe /*

.....  
*/zawód, wykonywana praca /*

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych (Dz.U.Nr 133,poz.883)

.....  
*(podpis pacjenta)*

*Proszę wykreślić ewentualny niewłaściwy fragment tekstu i zaznaczyć kółkiem odpowiedź oraz podać szczegółowe dane.*

- Czy cierpi Pan / Pani na poniżej wymienione dolegliwości.

Bóle głowy jedno- lub obustronnie tak / nie

Duszności lub/ i zmęczenie w czasie wysiłku, spaceru, chodzenia po schodach zmuszające do przystawania, odpoczynku ? tak / nie

Budzenie się z uczuciem duszności ? tak/ nie

Choroby serca / naczyń krwionośnych ? tak/ nie

Obrzęki kończyn dolnych , kostek? tak/ nie

Choroby zakaźne (żółtaczkę, AIDS, weneryczne, inne) tak/ nie

Jakie? .....

Zaburzenia krzepnięcia krwi, nadmierne krwawienie? tak/ nie

Jakie ?.....

Alergie / nadwrażliwość ( katar sienny, astma, inne) tak/ nie  
Jakie? .....

Choroby wewnętrzne ( cukrzyca, nadciśnienie, padaczkę) tak/ nie  
Jakie? .....

Choroby płuc (gruźlica, rozedma, inne) tak/ nie  
Jakie?.....

Choroby tarczycy tak/ nie  
Choroby neurologiczne, wylewy, udar mózgu padaczka , inne tak/ nie  
Jakie?.....

Choroby wątroby/ nerek tak/ nie

Choroby żołądka/ jelit tak/ nie

• Czy Pan/ Pani schudła lub przytyła w ciągu ostatniego roku O więcej niż 5 kg? tak/ nie

• Czy Pan/ Pani jest na specjalnej diecie tak/ nie

• Czy przyjmuje Pani/ Pan jakieś leki tak/ nie  
• Jakie?.....

• Czy Pan/ Pani pali tytoń? tak/ nie  
• Ile papierosów dziennie?.....

• Czy jest Pani/ Pan nadwrażliwa/y (uczulona) na leki? tak/ nie  
• Czy prowadzona jest terapia hormonalna? tak/ nie

• Jaka?.....  
• Czy przyjmuje pani leki antykoncepcyjne tak/ nie

• Czy jest Pani w ciąży tak/ nie  
Który miesiąc?.....

• Kiedy było wykonywane ostatnio zdjęcie/a rentgenowskie .....

• Inne schorzenia ogólne?  
• Jakie?.....

• Czy była Pani/ Pan leczona/y operacyjnie tak/ nie  
z jakiego powodu?.....  
Kiedy? .....

Nazwisko lekarza/, specjalisty, leczącego Pani/Pana schorzenia ogólne – Dr.....  
Inne uwagi dotyczące stanu ogólnego .....

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam

.....  
( data)

.....  
(podpis pacjenta)

.....  
( podpis lekarza)



