

## KWESTIONARIUSZ STANU ZDROWIA

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 trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i wyjaśnić wątpliwości z lekarzem. 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 / ..... /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 zaznaczyć plusem, jeżeli dana choroba została u Pana/Pani zdiagnozowana:**

alergia ( ) (jeśli tak to na co) .....; choroby układu krzepnięcia ( ) ;  
nadciśnienie ( ) ; choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia  
rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego) ( ) ; inne choroby układu krążenia ( ) ; cukrzyca ( ) ; choroba  
reumatyczna ( ) ; choroby tarczycy ( ) ; gruźlica ( ) ; astma ( ) ; choroby krwi ( ) ; epilepsja ( ) ;  
żółtaczka ( ) (jakiego typu) .....; HIV ( ) ; choroby nerek ( ) ; choroba wrzodowa żołądka,  
dwunastnicy ( ) ; choroby jelit ( ) ; osteoporoza ( ) ; zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa ( ) ; inne  
choroby, dolegliwości.....

### **Proszę zaznaczyć odpowiednią odpowiedź:**

Czy aktualnie się Pan(i) na coś leczy? TAK/NIE (jeśli „TAK” to na co?).....  
Czy ma Pan(i) skłonność do krwawień? TAK/NIE Zaburzenia krzepliwości: .....  
Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca, stenty naczyniowe, itp. TAK/NIE (proszę wymienić).....  
Czy dobrze znosi Pan(i) znieczulenie? TAK/NIE  
Czy jest Pani w ciąży? TAK/NIE (jeśli „TAK”, który miesiąc?) .....  
Czy występuje krwawienie z dziąseł? - samoistne TAK/NIE - po szczotkowaniu TAK/NIE  
Czy używa Pani/Pan nici dentystycznych? TAK/NIE  
Czy pali Pani/Pan papierosy? TAK/NIE (jeśli "TAK" ile średnio?) .....  
Przyjmowane leki (zwłaszcza aspiryna i inne leki przeciwkrzepliwe) :.....  
.....

Oświadczam, że powyższe pytania zrozumiałam/zrozumiałem, a podane odpowiedzi są zgodne ze stanem mojej wiedzy i że nie zataiłam/zataiłem żadnych danych, zmiany w sytuacji zdrowotnej zgłoszę na najbliższej wizycie po ich zaistnieniu. Wyrażam zgodę na leczenie stomatologiczne, higienizacyjne.

Data i podpis .....