



Nazwisko i imię:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Telefon:

e-mail:

W jakim celu odwiedzili Państwo gabinet stomatologiczny?

- Dokładna kontrola
- Ból zęba
- Choroby przyzębia
- Leczenie ubytków próchnicowych
- Uzupelnienie brakujących zębów (korony, mosty, protezy)
- inne

Czy przechodził/a Pan/ Pani w przeszłości lub obecnie następujące choroby:

<input type="checkbox"/> Nadciśnienie	<input type="checkbox"/> Cukrzyca
<input type="checkbox"/> Zawał serca	<input type="checkbox"/> Astma
<input type="checkbox"/> Niewydolność krążenia	<input type="checkbox"/> Gruźlica
<input type="checkbox"/> Choroba wieńcowa	<input type="checkbox"/> Rozedma
<input type="checkbox"/> Wady zastawek serca	<input type="checkbox"/> Jaskra
<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Padaczka
<input type="checkbox"/> Choroby krwi	<input type="checkbox"/> Reumatyzm
<input type="checkbox"/> Choroby nerek	<input type="checkbox"/> Gorączka reumatyczna
<input type="checkbox"/> Opryszczka	<input type="checkbox"/> Nerwice
<input type="checkbox"/> Żółtaczka	<input type="checkbox"/> Choroby weneryczne
<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Udar mózgu
<input type="checkbox"/> Choroby tarczycy	<input type="checkbox"/> Narkomania

TAK NIE

- Czy jest Pan/ Pani na coś uczulony/a?
- Czy ma Pan/ Pani skłonność do nadmiernych krwotoków?
- Czy przyjmuje Pan/ Pani leki przeciwkrzepliwe?
- Czy często miewa Pan/ Pani bóle głowy?
- Czy był/a Pan/ Pani poddawany/ a leczeniu?  
Sterydowemu/ radioterapii/ chemioterapii
- Czy występują u Pana/ Pani bóle podczas gryzienia, otwierania lub zamykania ust?
- Czy pali Pan/ Pani papierosy?
- Czy był/a Pan/ Pani w szpitalu w ciągu ostatnich dwóch lat?
- Czy leczy się Pan/ Pani obecnie? Z jakiego powodu?
- .....
- Czy zażywa Pan/ Pani regularnie jakiegokolwiek leki? Jakie, z jakiego powodu?
- Czy jest Pani w ciąży? W którym miesiącu?
- Czy zażywa Pani leki hormonalne?

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002, Nr 101, poz. 926, ze zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z udzieleniem mi świadczeń stomatologicznych

Zostałem(łam) poinformowany(a) o możliwościach i warunkach leczenia stomatologicznego. Wyrażam zgodę na badanie oraz leczenie stomatologiczne. Przyjmuję do wiadomości, że zaproponowane leczenie wykonywane jest zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej i według najlepszej wiedzy lekarskiej.

Data i podpis