

INFORMACJA DOTYCZĄCA STANU ZDROWIA PACJENTA ORTODONTYCZNEGO

Wszystkie podane informacje są objęte tajemnicą lekarską i służą trosce o Państwa bezpieczeństwo.

Proszę dokładnie odpowiedzieć na poniższe pytania.

W przypadku trudności z odpowiedzią proszę pominąć pytanie i wyjaśnić wątpliwości z lekarzem prowadzącym.

Poniższe pytania służą do zebrania informacji koniecznych do wybrania właściwego sposobu leczenia.

..... PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię i nazwisko Pacjenta

Telefon Adres.....

Czy pacjent ma alergię ? TAK NIE NIE WIEM

Jeśli tak to na co:

Czy pacjent ma problemy laryngologiczne ? TAK NIE NIE WIEM

Jeśli tak to jakie:

Czy pacjent ma trudności z oddychaniem przez nos ? TAK NIE NIE WIEM

Czy pacjent chrapie ? TAK NIE NIE WIEM

Czy stwierdzono powiększenie migdałka gardłowego ? TAK NIE NIE WIEM

Czy usunięto migdałek gardłowy ? TAK NIE NIE WIEM

Czy usunięto boczne migdałki ? TAK NIE NIE WIEM

Czy pacjent choruje na WZW ? TAK NIE NIE WIEM

Czy pacjent choruje na HIV / AIDS ? TAK NIE NIE WIEM

Czy pacjent choruje na gruźlicę ? TAK NIE NIE WIEM

Czy pacjent był leczony ortodontycznie ? TAK NIE NIE WIEM

Jeśli tak to w jakim zakresie:

Czy pacjent miał uraz zębów ? TAK NIE NIE WIEM

Jeśli tak to jaki:

Czy pacjent miał kiedykolwiek uraz twarzoczaszki ? TAK NIE NIE WIEM

Jeśli tak to jaki:

Czy ktoś w rodzinie miał podobną wadę zgryzu ? TAK NIE NIE WIEM

Jeśli tak to kto:

Czy pacjent choruje na choroby ogólnoustrojowe ? TAK NIE NIE WIEM

a) **Padaczka** TAK NIE NIE WIEM

- b) **Nadciśnienie** TAK NIE NIE WIEM
- c) **Cukrzyca** TAK NIE NIE WIEM
- d) **Zaburzenia krzepnięcia krwi** TAK NIE NIE WIEM
- e) **Inne** TAK NIE NIE WIEM

Jakie:

Czy pacjent przyjmuje leki ? TAK NIE NIE WIEM

Jeśli tak to jakie:

Czy ktoś skierował pacjenta do naszego gabinetu ? TAK NIE NIE WIEM

Jeśli tak to kto:

Oświadczam, że udzieliłem wyczerpujących i prawdziwych informacji co do stanu mojego zdrowia. O wszelkich zmianach stanu mojego zdrowia zobowiązuje się powiadomić lekarza prowadzącego. Przyjmuję do wiadomości, że w/w dane są danymi poufnymi.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta / opiekuna prawnego