

Nazwisko, imię **Pacjenta**, adres

data urodzenia

Adres e-mail:

Ankieta dla pacjenta

Telefon (prywatny):

(służbowy):

Zawód:

Lekarz rodzinny: Nazwisko

Adres: Telefon:

Proszę podać dokładne odpowiedzi na poniższe pytania dotyczące Pani/Pana stanu zdrowia! Zebrane dane są ściśle poufne, podlegają tajemnicy lekarskiej oraz przepisom o ochronie danych osobowych.

Choroby serca/układu krążenia:

nadciśnienie krwi tak nie
niskie ciśnienie krwi tak nie
wady zastawki serca tak nie
sztuczna zastawka serca tak nie
rozrusznik serca tak nie
zapalenie wsierdzia tak nie
operacja serca tak nie

ostra neutropenia tak nie
mukowiscydoza tak nie
transplantacja organów tak nie
transplantacja komórek macierzystych tak nie

padaczka (epilepsja) tak nie
astma/choroby płuc tak nie
zaburzenia krzepnięcia krwi tak nie
cukrzyca tak nie
uzależnienie od narkotyków tak nie
choroby neurologiczne tak nie
choroby nerek tak nie
omdlenia tak nie
osteoporoza tak nie
palenie papierosów tak nie
reumatyzm/artretyzm tak nie
choroby tarczycy tak nie
Inne choroby: tak nie
.....

Choroby zakaźne:

zakażenie wirusem HIV/właściwe stadium AIDS tak nie
schorzenia wątroby/zapalenie wątroby tak nie
gruźlica tak nie
inne choroby zakaźne tak nie
Choroba Creutzfelda-Jakoba (CJK) / Nowy wariant choroby Creutzfeldta-Jakob (vCJK)

Alergie lub nietolerancje:

znieczulenia miejscowe/zastrzyki tak nie
antybiotyki tak nie
środki przeciwbólowe tak nie
Metale:

Czy jest Pani w ciąży? tak nie

Czy wykonywano Pani/Panu zdjęcia rentgenowskie zębów?

Jeśli tak, to w którym miesiącu)?miesiąc. Jeśli tak, to kiedy?

Jakie leki przyjmuje Pani/Pan regularnie lub obecnie? od

Czy przyjmuje Pani/Pan bisfosfonaty? tak nie od

Czy poddawana/-y jest Pani/Pan chemioterapii lekowej? tak nie od

Czy poddawana/-y jest Pani/Pan terapii radiacyjnej w leczeniu choroby nowotworowej? tak nie od

Czy przyjmuje Pani/Pan steroidy/leki immunosupresyjne w dużych dawkach? tak nie od

Czy u Pani/Pana zostały przeprowadzane większe operacje w szpitalu? tak nie Data.....

Wyrażam zgodę na elektroniczny zapis podanych przeze mnie danych, ich edycję i wykorzystanie dla celów ich rejestracji w systemie Recall.

Zobowiązuję się do natychmiastowego poinformowania o wszelkich zmianach, jakie zaistnieją podczas trwania całego okresu leczenia. Ponadto zobowiązuję się do dotrzymywania ustalonych terminów wizyt oraz do informowania o rezygnacji z ustalonego terminu wizyty z co najmniej 24godzinnym wyprzedzeniem. Poinformowano mnie, że ponosić będę koszty wizyt, które nie zostaną odwołane w stosownym terminie.

W przypadku wykonywania szerszych usług dentystycznych lub protetycznych/ortodonyjnych, z tytułu których mój stomatolog będzie musiał uiścić płatności na rzecz protetyka/ortodonta, wyrażam zgodę na zasięgnięcie informacji o wypłacalności w instytucji kredytowej lub wywiadowni gospodarczej.

....., dnia

Podpis: