

Numele, prenumele pacientului, Adresa

născut(ă) la data de

E-Mail:

Telefon (privat): (la serviciu)

Profesia: Medicul de familie: Numele:

Adresa: Telefon:

Chestionar pentru pacienți

Vă rugăm să răspundeți cât mai precis la întrebările de mai jos, care se referă la starea dumneavoastră de sănătate!

Informațiile pe care le furnizați prin acest chestionar sunt protejate atât de secretul profesional medical, cât și de legislația privitoare la protecția datelor, toate informațiile fiind tratate cu cea mai severă confidențialitate

Boli cardio-vasculare: da nu
Hipertensiune arterială da nu
Hipotensiune arterială da nu
Valvulopatie cardiacă da nu
Proteză valvulară cardiacă da nu
Stimulator cardiac da nu
Endocardită da nu
Operații pe cord da nu

Neutropenie de grad ridicat da nu
Mucoviscidoză da nu
Transplant de organe da nu
Transplant de celule stem da nu

Boli infecțioase:
Infecție HIV/Stadiul SIDA da nu
Boli hepatice/Hepatită da nu
Tuberculoză da nu
Alte boli infecțioase da nu
Boala Creutzfeldt-Jakob (CJK)/noua variantă a bolii Creutzfeldt-Jakob (vCJK)

Sunteți gravidă? da nu
Dacă da, în ce lună? În luna a.....

Care anume medicamente vi se administrează în prezent în mod regulat?

Vi se administrează bifosfonați?

Vă aflați sub chimioterapie medicamentoasă?

Vă aflați sub radioterapie din cauza unei afecțiuni oncologice?

Vi se administrează în doze mari steroizi / imunosupresive?

Ați fost supus în spital unor operații de mai mare anvergură?

Boli care se manifestă prin crize (Epilepsie) da nu
Boli astmatice/Boli ale plămânilor da nu
Tulburări ale coagulării sângelui da nu
Diabet zaharat da nu
Dependență de droguri da nu
Boli ale sistemului nervos da nu
Boli ale rinichilor da nu
Lipotimii (leșinuri) da nu
Osteoporoză da nu
Fumător da nu
Boli reumatice/Artrită da nu
Boli ale glandei tiroide da nu
Alte boli: da nu

Alergii diverse respectiv intoleranțe:

Anestezie locală/injecții da nu
Antibiotice da nu
Analgezice da nu
Metale:
 da nu

V-au fost executate în trecut radiografiile dentare?

Dacă da, când anume?

..... de la data de

..... de la data de

da nu de la data de:

da nu de la data de:

da nu de la data de:

da nu de la data de:

da nu data:

Mă declar prin prezenta de acord cu stocarea electronică, cu prelucrarea și cu utilizarea datelor mele în vederea înscrierii în sistemul Recall.

Mă oblig să aduc fără întârziere la cunoștință eventuale modificări ale datelor de mai sus, dacă ele se produc pe toată durata tratamentului. Mă oblig de asemenea să respect termenele stabilite de comun acord pentru ședințele de tratament, respectiv să anunț cu cel puțin 24 de ore înainte, dacă nu mă voi putea prezenta la termenul stabilit. Îmi este cunoscut faptul că mi se pot eventual factura costurile, pricinuite cabinetului datorită neprezentării mele la termenele stabilite, dacă nu voi fi anunțat imposibilitatea prezentării mele la acel termen cu cel puțin 24 de ore înainte.

Sunt de acord ca în acele cazuri, în care am nevoie de lucrări de medicină sau de tehnică dentară de mai mare anvergură, pentru care medicul meu stomatolog trebuie să achite în avans și din fondurile sale proprii anumite sume laboratorului de tehnică dentară, să se ceară o informație privitoare la bonitatea mea de la o unitate specializată în protecția creditelor sau de la un birou de specializat în investigații.

....., la data de

Semnătura: