

Επώνυμο, όνομα ασθενούς, διεύθυνση

Ημ. γέννησης

E-Mail:

Ερωτηματολόγιο ασθενούς

Τηλέφωνο (ιδιωτ.): (εργασίας):

Επάγγελμα: Οικογενειακός γιατρός: Όνομα:

Διεύθυνση:

Τηλέφωνο:

Παρακαλούμε να απαντήσετε όσο το δυνατόν ακριβέστερα στις ακόλουθες ερωτήσεις! Τα στοιχεία υπόκεινται στο ιατρικό απόρρητο και στις διατάξεις προστασίας προσωπικών δεδομένων και ο χειρισμός τους γίνεται απόλυτα εμπιστευτικά.

Καρδιακές παθήσεις/παθήσεις κυκλοφορικού:

Υψηλή πίεση ναι όχι
Χαμηλή πίεση ναι όχι
Βαλβιδοπάθεια ναι όχι
Αντικατάσταση βαλβίδας ναι όχι
Βηματοδότης ναι όχι
Ενδοκαρδίτιδα ναι όχι
Εγχείρηση καρδιάς ναι όχι

Βαριά ουδετεροπενία ναι όχι
Κυστική ίνωση ναι όχι
Μεταμόσχευση οργάνου ναι όχι
Μεταμόσχευση βλαστοκυττάρων ναι όχι

Κρίσεις (επιληψία)

ναι όχι
Άσθμα / πνευμονολογικές παθήσεις ναι όχι
Διαταραχές πήξης αίματος ναι όχι
Σάκχαρο/σακχαρώδης διαβήτης ναι όχι
Εξάρτηση από ναρκωτικά ναι όχι
Νευρολογικές παθήσεις ναι όχι
Νεφρολογικές παθήσεις ναι όχι
Κρίσεις λιποθυμίας ναι όχι
Οστεοπόρωση ναι όχι
Καπνιστής ναι όχι
Ρευματισμοί/αρθρίτιδα ναι όχι
Πάθηση θυρεοειδούς ναι όχι
Άλλες παθήσεις ναι όχι

Μολυσματικές νόσοι:

Μόλυνση από ιό HIV/στάδιο AIDS ναι όχι
Παθήσεις ήπατος/ηπατίτιδα ναι όχι
Φυματίωση ναι όχι
Άλλες μολυσματικές ασθένειες ναι όχι
Νόσος Creutzfeld-Jakob (CJD)/Νέα παραλλαγή της νόσου Creutzfeldt-Jakob (vCJk)

Αλλεργίες ή δυσανεξίες

Τοπική νάρκωση/ενέσεις ναι όχι
Αντιβιοτικά ναι όχι
Παυσίπωνα ναι όχι
Μέταλλα:
 ναι όχι

Υφίσταται εγκυμοσύνη; ναι όχι
Εάν ναι, σε ποιο μήνα;μήνας

Έχετε κάνει ποτέ οδοντιατρικές ακτινογραφίες;
Εάν ναι, πότε;

Ποια φάρμακα παίρνετε τακτικά ή προς το παρόν; από

Παίρνετε διφωσφονικά;

ναι όχι από

Υποβάλλεστε σε χημειοθεραπεία;

ναι όχι από

Υποβάλλεστε σε ακτινοβολίες λόγω καρκίνου;

ναι όχι από

Παίρνετε στεροειδή / ανοσοκατασταλτικά σε υψηλή δοσολογία;

ναι όχι από

Έχετε υποβληθεί σε μεγάλες εγχειρήσεις στο νοσοκομείο

ναι όχι Ημερομηνία.....

Συμφωνώ με την ηλεκτρονική αποθήκευση, επεξεργασία και χρήση των στοιχείων μου για καταχώρησή τους στο σύστημα Recall-System.

Υποχρεούμαι σε άμεση ενημέρωση σε περίπτωση μεταβολών καθ'όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής. Πέραν τούτου υποχρεούμαι να τηρώ τις συμφωνηθείσες ημερομηνίες θεραπειάς ή να ακυρώνω ραντεβού σε περίπτωση κωλύματος τουλάχιστον 24 ώρες νωρίτερα. Γνωρίζω πως τα ραντεβού που δεν ακυρώθηκαν ή δεν ακυρώθηκαν εγκαίρως ενδέχεται να χρεωθούν.

Είμαι σύμφωνος/-η με τη λήψη πληροφοριών από εταιρείες πιστωτικής προστασίας ή γραφεία πιστοληπτικής αξιολόγησης σχετικά με τη δανειοληπτική ικανότητά μου σε περίπτωση εκτενών οδοντιατρικών ή οδοντοτεχνικών εργασιών, για τις οποίες ο/η οδοντογιατρός μου πρέπει να προκαταβάλει ορισμένα ποσά στον οδοντοτεχνίτη.

.....,

Υπογραφή: