

Kérdőív

fogorvosi kezelés és szájsebészeti beavatkozások előtt kitöltendő

1.) A beteg adatai

Keresztnév:
Vezetéknév:
Cím:
Születési dátum:
Lakóhely címe:
Telefon:
Fax:
E-mail:

2.) Megjegyzés betegeink számára

Mielőtt a szájsebész fogorvosi és/vagy szájsebészeti kezelést javasolhatna Önnek, fontos ismernie az Ön eddigi egészségügyi anamnézisének bizonyos részleteit. Kérjük, figyelmesen válaszoljon az alábbi kérdésekre, ikszeléssel vagy részletes magyarázatokkal, a kérdésnek megfelelően. Minden információt szigorúan bizalmasan kezelünk !

3.) Orvosi kezelések

Anamnézis

Volt-e valaha allergiás reakciója valamilyen gyógyszerre, vagy jelentkeztek-e kellemetlen mellékhatások valamilyen gyógyszer szedése során?

☐ Igen / Nem ☐

Ha igen, kérjük részletezze:

.....
.....
.....
.....

Allergia

Tud-e arról, hogy valamire allergiás lenne?

☐ Igen / Nem ☐

Ha igen, kérjük részletezze (pl. penicillin, latex, gumi, altatószerek, fémek, antibiotikumok):
.....

Betegségek

Fennáll-e vagy fordult-e elő Önnél bármelyik az alábbi betegségek közül?

Cukorbetegség	<input type="checkbox"/> Igen / Nem <input type="checkbox"/>	Asztma	<input type="checkbox"/> Igen / Nem <input type="checkbox"/>
Magas/alacsony vérnyomás	<input type="checkbox"/> Magas / Alacsony <input type="checkbox"/> / Nem <input type="checkbox"/>	Reumás láz	<input type="checkbox"/> Igen / Nem <input type="checkbox"/>
Keringési zavarok	<input type="checkbox"/> Igen / Nem <input type="checkbox"/>	Tüdőbetegség	<input type="checkbox"/> Igen / Nem <input type="checkbox"/>
Szívbetegség	<input type="checkbox"/> Igen / Nem <input type="checkbox"/>	Májbetegség	<input type="checkbox"/> Igen / Nem <input type="checkbox"/>
Szívrítmuszavar	<input type="checkbox"/> Igen / Nem <input type="checkbox"/>	Vesebetegség	<input type="checkbox"/> Igen / Nem <input type="checkbox"/>
Mesterséges szívbillentyű	<input type="checkbox"/> Igen / Nem <input type="checkbox"/>	Gyomorbetegség	<input type="checkbox"/> Igen / Nem <input type="checkbox"/>
Endocarditis (szívbelhártya- gyulladás)	<input type="checkbox"/> Igen / Nem <input type="checkbox"/>	Immunrendszer zavara	<input type="checkbox"/> Igen / Nem <input type="checkbox"/>
Szívműtét	<input type="checkbox"/> Igen / Nem <input type="checkbox"/>	Epilepszia / görcsrohamok	<input type="checkbox"/> Igen / Nem <input type="checkbox"/>
Pacemaker	<input type="checkbox"/> Igen / Nem <input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Igen / Nem <input type="checkbox"/>
Szívbillentyű csere	<input type="checkbox"/> Igen / Nem <input type="checkbox"/>	AIDS / HIV pozitivitás	<input type="checkbox"/> Igen / Nem <input type="checkbox"/>
Pajzsmirigy rendellenességek	<input type="checkbox"/> Igen / Nem <input type="checkbox"/>	Kemoterápia	<input type="checkbox"/> Igen / Nem <input type="checkbox"/>
Véralvadás zavar	<input type="checkbox"/> Igen / Nem <input type="checkbox"/>	Pszichiátriai kezelés	<input type="checkbox"/> Igen / Nem <input type="checkbox"/>

További részletek a fenti betegségekkel kapcsolatban :

.....
.....
.....

Fordult-e Önnél a fentiekben nem felsorolt betegség vagy egészségügyi probléma? ☐ Igen / Nem ☐

Ha igen, kérjük részletezze:

.....
.....
.....
.....

Dátum:

Aláírás: