

## KWESTIONARIUSZ STANU ZDROWIA

(Załącznik nr 1 do Oświadczenia)

**Nazwisko i imię:**

**Adres:**

**PESEL:**

**tel:**

### Droga Pacjentko, Drogi Pacjencie!

Dziękujemy, że wybrałaś Centrum Stomatologii Estetycznej i Implantologii Wichlińscy . Powierzasz zdrowie Twoich zębów specjalistom branży stomatologicznej z wieloletnim doświadczeniem.

W trosce o bezpieczne i najbardziej odpowiednie dla Twojego stanu zdrowia leczenie stomatologiczne, uprzejmie prosimy o wypełnienie Kwestionariusza Stanu Zdrowia. Wskazane w nim informacje są objęte tajemnicą lekarską i podane do wiadomości wyłącznie lekarza stomatologa.

1. Czy jesteś aktualnie leczony/a przez lekarza rodzinnego? Podaj z jakiego powodu..... Podaj imię i nazwisko oraz kontakt lekarza rodzinnego.....	tak	nie	nie wiem
2. Czy przyjmowałaś/aś w ciągu ostatniego roku jakieś leki? Wymień jakie: .....	tak	nie	nie wiem
3. Czy kiedykolwiek miałaś/aś: nadciśnienie tętnicze choroby serca astmę choroby tarczycy żółtaczkę gruźlicę choroby nerek chorobę reumatyczną chorobę wrzodową żołądka osteoporozę lub osteopenię inne:.....	tak tak tak tak tak tak tak tak tak	nie nie nie nie nie nie nie nie nie	nie wiem nie wiem nie wiem nie wiem nie wiem nie wiem nie wiem nie wiem nie wiem
4. Czy byłeś/aś poddawany sterydoterapii / radioterapii / chemioterapii?	tak	nie	nie wiem
5. Czy kiedykolwiek miałaś/aś jakąś operację lub leżałaś/aś w szpitalu?	tak	nie	nie wiem
6. Czy przybrałaś/aś na wadze lub schudłaś/aś więcej niż 5kg w ciągu roku? <b>(UPRZEJMIE PROSIMY O WYPEŁNIENIE DALSZEJ CZĘŚCI, KTÓRA ZNAJDUJE SIĘ NA ODWROCI STRONY)</b>	tak	nie	nie wiem

7. Czy gdy się skaleczysz mija więcej niż 10 min zanim ustanie krwawienie?	tak	nie	nie wiem
8. Czy jesteś na coś uczulony/a? Wymień na co: .....	tak	nie	nie wiem
9. Czy zdarzają Ci się zaburzenia świadomości (omdlenia)?	tak	nie	nie wiem
10. Czy palisz papierosy? Podaj ile sztuk dziennie: .....	tak	nie	nie wiem
11. Kiedy ostatni raz miałeś/aś wykonywane zdjęcie RTG? Wpisz datę lub zaznacz pole obok.....			nie wiem
12. Pytanie do kobiet: Czy jesteś w ciąży?	tak	nie	nie wiem
13. Czy uważasz, że należy coś zmienić w wyglądzie Twoich zębów?	tak	nie	nie wiem
14. Czy masz kłopoty z gryzieniem lub żuciem jedzenia?	tak	nie	nie wiem
15. Czy masz kłopoty z szerokim otwieraniem ust?	tak	nie	nie wiem
16. Czy zaciskasz zęby w ciągu dnia i odczuwasz ich ból	tak	nie	nie wiem
17. Czy używasz lub kiedykolwiek używałeś/aś szynę nagryzową-ochronną?	tak	nie	nie wiem
18. Czy w czasie otwierania ust, spożywania pokarmów słyszysz „trzaski” w uszach?	tak	nie	nie wiem
19. Czy miałeś/aś leczone zęby ortodontycznie? (aparat, wykonaną korektę zgryzu)	tak	nie	nie wiem
20. Czy kiedykolwiek wykonywałeś/aś jeden z podanych zabiegów przekłuwanie (piercing), tatuaż, zabieg depilacji, inwazyjny zabieg kosmetyczny itp.	tak	nie	nie wiem
21. Czy masz lub miałeś/aś kłopoty z zatokami obocznymi nosa?	tak	nie	nie wiem
22. Czy jest coś dodatkowego o czym chciałbyś/abyś poinformować lekarza dentystę? .....	tak	nie	nie wiem

**O wszelkich zmianach zobowiązuje się powiadomić niezwłocznie lekarza prowadzącego.**

data, podpis, pieczęć lekarza

data, podpis pacjenta bądź przedstawiciela ustawowego

**Prosimy o podzielenie się informacją skąd dowiedziałeś się o naszym Centrum Stomatologii ? (np. od znajomego, z Internetu, z reklamy):**

.....

**Dziękujemy,**  
**zespół Centrum Stomatologii Estetycznej i Implantologii Wichlińscy**