

KWESTIONARIUSZ STANU ZDROWIA

Nazwisko i imię

Drugie imię

Adres

PESEL

Telefon

E-mail

Droga Pacjentko, Drogi Pacjencie!

Dziękujemy, że wybrałeś Stomatologię 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.

- | | TAK | NIE | NIE WIEM |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Czy jesteś aktualnie leczony/a przez lekarza rodzinnego? _____
Podaj z jakiego powodu? _____
Podaj imię i nazwisko oraz kontakt lekarza rodzinnego ? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Czy przyjmowałeś/aś w ciągu ostatniego roku jakieś leki? _____
Wymień jakie: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Czy kiedykolwiek miałeś/aś: | | | |
| nadciśnienie tętnicze _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| choroby serca _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| astmę _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| choroby tarczycy _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| żółtaczkę _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| gruźlicę _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| choroby nerek _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| chorobę reumatyczną _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| chorobę wrzodową żołądka _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| osteoporozę lub osteopenię _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| inne: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Czy byłeś/aś poddawany sterydoterapii / radioterapii / chemioterapii? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

	TAK	NIE	NIE WIEM
5. Czy kiedykolwiek miałeś/aś jakąś operację lub leżałeś/aś w szpitalu? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Czy przybrałeś/aś na wadze lub schudłeś/aś więcej niż 5kg w ciągu roku? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Czy gdy się skaleczysz mija więcej niż 10 min zanim ustanie krwawienie? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Czy jesteś na coś uczulony/a? _____ Wymień na co: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Czy zdarzają Ci się zaburzenia świadomości (omdlenia)? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Czy palisz papierosy? Podaj ile sztuk dziennie: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Kiedy ostatni raz miałeś/aś wykonywane zdjęcie RTG? _____ Wpisz datę lub zaznacz pole obok _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Pytanie do kobiet: Czy jesteś w ciąży? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Czy uważasz, że należy coś zmienić w wyglądzie Twoich zębów? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Czy masz kłopoty z gryzieniem lub żuciem jedzenia? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Czy masz kłopoty z szerokim otwieraniem ust? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Czy zaciskasz zęby w ciągu dnia i odczuwasz ich ból _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Czy używasz lub kiedykolwiek używałeś/aś szynę nagryzową-ochronną? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Czy w czasie otwierania ust, spożywania pokarmów słyszysz „trzaski” w uszach? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Czy miałeś/aś leczone zęby ortodontycznie? (aparat, wykonaną korektę zgryzu) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Czy kiedykolwiek wykonywałeś/aś jeden z podanych zabiegów _____ przekłuwanie (piercing), tatuaż, zabieg depilacji, inwazyjny zabieg kosmetyczny itp. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Czy masz lub miałeś/aś kłopoty z zatokami obocznymi nosa? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Czy jest coś dodatkowego o czym chciałbyś/abyś poinformować lekarza dentystę? _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O wszelkich zmianach zobowiązuje się powiadomić niezwłocznie lekarza prowadzącego.

Data, podpis, pieczęć lekarza/ dyplomowanej higienistki

Data, podpis pacjenta bądź przedstawiciela ustawowego

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

**Dziękujemy,
zespół Stomatologia Wichlińscy**