

SZEMÉLYES ADATOK

Név:	
Lakcím:	
Szül.dátum:	
Foglalkozás:	
Dátum:	

Mobil:	<input type="checkbox"/>
Telefon:	<input type="checkbox"/>
Fax:	<input type="checkbox"/>
E-mail:	<input type="checkbox"/>
Kérjük jelölje X-el, hol értesíthetjük az esedékes ellenőrzővizsgálatról!	

KÉRDŐÍV

Kedves Páciensünk!

Bizonyos alapbetegségeket figyelembe kell venni a fogorvosi / szájsebészeti beavatkozások során, ezért szükséges, hogy az Ön egészségi állapotáról kicsit bővebben tájékozódjunk. Kérjük figyelmesen olvassa el és válaszoljon az alábbi kérdésekre, hogy Ön a legmegfelelőbb kezelésben részesülhessen! (A megfelelő választ húzza alá vagy karikázza be!)

Az Öntől kapott információkat természetesen az orvosi titoktartás védi!

- Jelenleg áll-e valamilyen orvosi kezelés alatt? igen nem
Milyen betegség(ek) miatt kezelik?
.....
Kezelőorvos (pl. belgyógyász, kardiológus, haematológus) neve, telefonszáma:
.....
- Milyen gyógyszereket szed?
.....
.....
- Van-e olyan gyógyszer, amelyre allergiás? igen nem
Ha igen, mire?
- Volt-e valaha abnormális (szokatlan) reakciója fogászati érzéstelenítéskor? igen nem
- Hajlamos-e ájulásra? igen nem
- Volt-e daganat miatt operálva, besugározva? igen nem
Ha igen, mikor és melyik testtájékon történt a besugárzás?
.....
- Szenved-e Ön epilepsiában? igen nem
A gyógyszer(ek) szedése megakadályozza-e a rohamok jelentkezését? igen nem
- Szenved(ett)-e Ön fertőző betegségben: pl. tbc, hepatitis, AIDS? igen nem
Ha igen, miben és mikor?
- Előfordul(t)-e a családjában fertőző betegség? igen nem
- Van-e Önnek szexuális úton terjedő betegsége? igen nem
- Kapott-e Ön valaha vérátömlesztést? igen nem
- Szenved-e Ön véralvadási zavarban? igen nem
Előfordult-e hosszan tartó vérzés foghúzás után, borotválkozáskor,
sebesülés vagy műtét után? igen nem
- Volt-e (van-e) máj, epepanasza, sárgasága? igen nem
- Szenved-e Ön vesebetegségben? igen nem
- Volt-e (van-e) valamilyen központi idegrendszeri betegsége? igen nem
Ha igen, mi?

16. Szenved-e Ön asztmában (asthma bronchialeban) vagy más tüdőbetegségben? igen nem
17. Orron keresztül tud-e Ön akadálytalanul levegőt venni? igen nem
18. Van-e pacemakere (pésmékere, szívritmusszabályozója)? igen nem
19. Volt-e Önnek retinaműtété? igen nem
20. Hölgyeknél: Terhes-e, szoptat-e jelenleg? igen nem
-
21. Volt-e szívbelhártyagyulladás (endocarditise)? igen nem
22. Volt-e rheumas láza?
Ha igen, van-e ennek következtében billentyűkárosodása? igen nem
23. Van-e: szívfejlődési rendellenessége, műbillentyűje, szerzett billentyűhibája, műízülete (ízületi protézise), érprotézise, beültetett egyéb szerve (transzplantált szerve), hypertrophias cardiomyopathiája? (Ha igen, húzza alá a megfelelőt!) igen nem
24. Jár-e művesekezelésre (dialízisre)? igen nem
25. Szenved-e Ön immunhiányos betegségben?
(veleszületett immunhiányos betegség, AIDS, vérképzőszervi megbetegedés (pl leukaemia), immunsuppressiv therapia (daganatos betegség miatti kemoterápia, autoimmun betegség vagy beültetett szerv miatt) igen nem
26. Szenved-e Ön cukorbetegségben (diabetesben)? igen nem
-
27. Ha cukorbeteg, áll-e kezelés alatt? igen nem
Ha igen, gyógyszeresen vagy inzulin injekcióval kezelik?
28. Szenved-e Ön zöldhályogban (glaukomában)? igen nem
29. Van-e Önnek szívritmuszavara?
Ha igen, szed-e emiatt valamilyen gyógyszert? igen nem
30. Volt-e Önnek: szívrohama (myocardialis infarctusa), szívkoszorúér műtété (coronaria műtété)? igen nem
Ha igen, mikor?
31. Szokott-e mellkasi fájdalma lenni? igen nem
32. Magas-e a vérnyomása?
Ha igen, szed-e erre gyógyszert? igen nem
33. Szokott-e dagadni a bokája?
Előfordul-e nehézlégzés csekély megterhelés után? (pl. lépcsőn járás) igen nem
Van-e nehézlégzése vízszintes, sima fekvéskor? igen nem
34. Szenved-e Ön pajzsmirigyfunkciós betegségben? igen nem
Ha igen, áll-e kezelés alatt? igen nem
35. Hajlamos-e Ön depresszióra?
Ha igen, szed erre gyógyszert? igen nem
36. Szedi-e az alábbi gyógyszerek valamelyikét? igen nem
Melleril, Piportil, Hibernál, Tisercinetta, Tisercin, Moditen Depo
Pipolphen, Torecan, Tardyl
37. Fogyasztott-e kábítószer az elmúlt 24 órában? igen nem
38. Van-e olyan betegsége vagy panasza, mely itt nem volt felsorolva és Önnek fontosnak tűnik, hogy közölje?
.....
.....

Az általam adott válaszok a valóságnak megfelelnek. Ha a jövőben ezekben változás történne, azt a fogászati kezelést megelőzően fogorvosom tudtára adom.

.....
Páciens aláírása

.....
Orvos aláírása