

5. HISTORIA MEDYCZNA PACJENTA

Nazwisko Lekarza Rodzinnego: _____ Numer Tel. _____

- | | | | |
|---|--|---|--|
| 1. Czy znajdujesz się w trakcie leczenia?..... | Tak Nie
☐ ☐ | 7. Czy jesteś uczulony(a) na poniższe środki?: | Tak Nie
☐ ☐ |
| 2. Czy przebywałeś w szpitalu lub poddałeś się operacji w ciągu ostatnich 5 lat?..... | ☐ ☐ | - miejscowe znieczulenie (np. Novocaine)..... | ☐ ☐ |
| Jeśli tak, proszę wyjaśnić _____ | | - penicylina lub inne antybiotyki | ☐ ☐ |
| | | - sulfa drugs | ☐ ☐ |
| 3. Czy przyjmujesz jakiekolwiek leki? | ☐ ☐ | - środki uspokajające | ☐ ☐ |
| 4. Czy przyjmowałeś Phen-Fen/Redux?..... | ☐ ☐ | - jodyna | ☐ ☐ |
| 5. Czy żujesz tytoń? | ☐ ☐ | - aspiryna | ☐ ☐ |
| 6. Czy nosisz szkła kontaktowe?..... | ☐ ☐ | - guma lateksowa | ☐ ☐ |
| | | - inne | ☐ ☐ |
| | | 8. Tylko kobiety: | |
| | | - czy jest Pani w ciąży? | ☐ ☐ |
| | | - czy karmi Pani piersią? | ☐ ☐ |
| | | - czy stosuje Pani doustne środki antykoncepcyjne? .. | ☐ ☐ |

CZY CIERPISZ LUB CIERPIAŁEŚ NA PONIŻSZE ?:

- | | | | | | |
|------------------------------|--|------------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| Wysokie ciśnienie krwi | Tak Nie
☐ ☐ | Choroby serca | Tak Nie
☐ ☐ | Bóle klatki piersiowej | Tak Nie
☐ ☐ |
| Zawał serca | ☐ ☐ | Rozrusznik serca | ☐ ☐ | Gazy żołądkowe/wzdęcia | ☐ ☐ |
| Gorączka reumatyczna | ☐ ☐ | Migotanie przedsionków serca | ☐ ☐ | Wylew | ☐ ☐ |
| Opuchnięte kostki | ☐ ☐ | Niedotlenienie płuc | ☐ ☐ | Katar sienny, alergie | ☐ ☐ |
| Omdlenia/drgawki | ☐ ☐ | Ciągłe zmęczenie | ☐ ☐ | Gruźlica | ☐ ☐ |
| Astma | ☐ ☐ | Anemia | ☐ ☐ | Nagła utrata wagi | ☐ ☐ |
| Niskie ciśnienie krwi | ☐ ☐ | Rozedma płuc | ☐ ☐ | Wysokie ciśnienie oczu | ☐ ☐ |
| Epilepsja/Konwulsje | ☐ ☐ | Rak | ☐ ☐ | Choroby wątroby | ☐ ☐ |
| Białaczka | ☐ ☐ | Reumatyzm | ☐ ☐ | Problem z oddychaniem | ☐ ☐ |
| Cukrzyca | ☐ ☐ | Sztuczne stawy, implanty | ☐ ☐ | Niedomykanie zastawki serca | ☐ ☐ |
| Zaburzenia nerek | ☐ ☐ | Żółtaczka | ☐ ☐ | Inne | ☐ ☐ |
| AIDS lub infekcja HIV | ☐ ☐ | Choroby weneryczne | ☐ ☐ | | |
| Powiększona tarczyca | ☐ ☐ | Problemy żołądkowe/wrzody | ☐ ☐ | | |

6. HISTORIA DENTYSTYCZNA PACJENTA

Nazwisko Poprzedniego Dentysty: _____ Numer Tel. _____

- | | | | |
|--|--|---|--|
| 1. Czy podczas szczotkowania krwawią Ci dżięsia? | Tak Nie
☐ ☐ | 9. Czy zaciskasz lub zgrzytasz zębami?..... | Tak Nie
☐ ☐ |
| 2. Czy Twoje zęby są wrażliwe na zimne/ciepłe potrawy?.... | ☐ ☐ | 10. Czy często przygryzasz wargi lub policzki?..... | ☐ ☐ |
| 3. Czy Twoje zęby są wrażliwe na słodkie/kwaśne potrawy? | ☐ ☐ | 11. Czy w przeszłości przeszedłeś skomplikowane usunięcie zęba(ów) ?..... | ☐ ☐ |
| 4. Czy odczuwasz ból w którymkolwiek zębie? | ☐ ☐ | 12. Czy długo krwawisz po usunięciu zęba?..... | ☐ ☐ |
| 5. Czy występują rany lub pieczenie w okolicy ust?..... | ☐ ☐ | 13. Czy poddałeś się leczeniu ortodontycznemu?..... | ☐ ☐ |
| 6. Czy miałeś uszkodzenia głowy, żuchwy, karku?..... | ☐ ☐ | 14. Czy nośisz protezy dentystyczne?..... | ☐ ☐ |
| 7. Czy doświadczyłeś następujących problemów?..... | | Jeśli tak, od jak dawna? | |
| - ból (stawów, ucha, boków twarzy) | ☐ ☐ | 15. Czy otrzymałeś instrukcje dotyczące utrzymywania higieny zębów oraz dżięseł?..... | ☐ ☐ |
| - trudności w otwieraniu i zamykaniu szczęki | ☐ ☐ | 16. Inne | ☐ ☐ |
| - trudności w przeżuwaniu | ☐ ☐ | | |
| 8. Czy miewasz częste bóle głowy?..... | ☐ ☐ | | |

7. AUTORYZACJA

Niniejszym poświadczam, że odpowiedzi na wszystkie pytania zostały udzielone zgodnie z moją obecną wiedzą i rozumiem, że podanie nieprawdziwych informacji może być zagrożeniem dla mojego zdrowia.

X

Podpis Pacjenta (lub Rodzica/Opiekuna w Przypadku Dziecka)

Data