

HISTORIA CHORÓB PACJENTA

Nazwisko: _____ Data Urodzenia: _____
Imię: _____ Soc. Security Nr.: _____
Adres: _____

Informacje medyczne, o które prosimy potrzebne są lekarzowi-dentystcie dla zapewnienia pacjentowi jak najlepszej opieki, która odpowiadałaby jego ogólnemu stanowi zdrowia. Prosimy zatem o dokładne informacje. Nieścisłe informacje mogą doprowadzić do groźnych konsekwencji dla zdrowia pacjenta.

HISTORIA PRZEBYTYCH CHOROÓB

- Prosimy o wpisanie odpowiedzi na każde pytanie w miejscu na to przeznaczonym.
- Jeśli pytanie jest niezrozumiałe, nie jest Pan/Pani pewna odpowiedzi, czy ma sam/sama jakieś pytania, prosimy o zaznaczenie tego i przedyskutowanie sprawy z lekarzem dentystą.
- Prosimy o odpowiedź na **wszystkie** pytania.
- Prosimy o używanie czarno piszącego pióra czy długopisu (ball point pen.)

Nazwisko Pana/Pani Lekarza:	
Adres:	
Telefon:	
Ostatnia wizyta u lekarza (data):	
Powód?:	

1. Czy jest Pan/Pani obecnie pod opieką lekarza? Jeśli tak, jaki jest tego powód, jaką przechodzi Pan/Pani chorobę?

2. Czy zażywa Pan/Pani obecnie jakieś lekarstwa? Jeśli tak, prosimy podać nazwę lekarstwa i na jaka chorobę zostało ono przepisane?

3. CZY CHOROWAŁ, PRECHODZIŁ PAN/PANI KIEDYKOLWIEK, I BYŁ LECZONY NA:
 - a. gorączkę reumatyczną, szmery serca, wrodzoną chorobę serca?

 - b. arytmie serca, atak serca (zawał), anginę pectoris, operacje serca, nosił lub nosi Pan/Pani "rozrusznik serca" (pacemaker)?

 - c. choroby żołądkowe i (lub) kiszek?

 - d. wysokie lub niskie ciśnienie krwi, obfite krwawienie, anemie?

 - e. problemy z oddychaniem, astmę, gruźlicę (TB), czy pollinosis?

 - f. raka, naświetlania rentgenowskie, chemoterapię? _____
 - g. cukrzycę? _____
 - h. choroby wątroby, żółtaczkę? _____
 - i. choroby nerek i dróg moczowych? _____
 - j. choroby weneryczne czy AIDS? _____
 - k. udar mózgu (zapalenie opon mózgowych), konwulsje, częste utraty przytomności?

 - l. nowotwory czy narośla? _____

- m. artretyzm lub reumatyzm? _____
- n. urazy (alergia) na niektóre leki? _____
proszę podać na jakie: _____
- o. czy przechodził Pan/Pani kiedykolwiek jakąś poważną chorobę? Jeśli tak, prosimy po krótko ją opisać _____
- p. czy przechodził Pan/Pani kiedykolwiek poważne obrażenie głowy lub karku? Jeśli tak, to, w jakich okolicznościach i kiedy? _____
- r. czy jest Pan/Pani na specjalnej diecie? _____ Jeśli tak, to z jakich powodów?

- s. czy pali Pan/Pani papierosy lub fajkę? Jeśli tak, jakiego rodzaju i ile dziennie?

- t. czy jest Pan/Pani pod opieką psychiatry, psychologa lub innego doradcy w sprawach zdrowia psychicznego? _____
- u. czy ma Pan/Pani jakieś inne problemy zdrowotne czy dolegliwości, których jest Pan/Pani świadoma?

- w. pytanie dla kobiet:
czy jest Pani w ciąży? _____

=====

HISTORIA CHOROÓB ZĘBOW I JAMY USTNEJ

Data ostatniej wizyty u dentysty:	
Powód ostatniej wizyty (serii wizyt) u dentysty:	
Czy ma Pan/Pani zdjęcia rentgenowskie (X-rays) i inne dane dentystyczne dotyczące dotychczasowego leczenia Pana/Pani zębów?	

Czy w czasie zabiegów dentystycznych jakie Pan/Pani przechodziła u innych lekarzy-dentystów zdarzyło się Panu/Pani:

- a. kiedykolwiek zemdleć? _____
- b. mieć reakcje alergiczną (np. na zastrzyk znieczulający)? _____
- c. mieć obfity krwotok? _____
- d. inne komplikacje? Jeśli tak, proszę opisać _____
- e. czy dziąsła Pana/Pana krwawią w czasie czyszczenia zębów lub jedzenia _____
- f. czy za każdym razem jedzenie pozostaje Panu/Pani pomiędzy zębami? _____
- g. czy któryś z Pana/Pani zębów przesunął się ostatnio, czy powstały między zębami jakieś szczeliny, których dawniej nie było, czy niektóre zęby zaczynają się ruszać?

- h. czy jakiś ząb wrażliwy jest na ciepło, zimno, lub ucisk? _____
- i. czy nadmiernie zgrzyta Pan/Pani zębami; zaciska zbyt mocno szczęki? _____
- j. czy przy zgryzie bolą Pana/Panią szczęki lub wydają jakieś dźwięki w okolicy ucha?

- k. czy bolą Pana/Panią czasami mięśnie szczęk? Jeśli tak, proszę opisać w jakich okolicznościach

- l. czy ma Pan/Pani jakieś rany, pęcherzyki lub narośla w jamie ustnej? _____
- m. czy któryś z Pana/Pani zębów boli w tej chwili? _____
- n. czy ma Pan/Pani jakieś inne dolegliwości związane z zębami? _____

UWAGA:

PROSIMY NASZYCH PACJENTÓW O JAK NAJSZYBSZE INFORMOWANIE NAS O WSZELKICH ZMIANACH W ICH STANIE ZDROWIA (NOWOPRZEBYTYCH CZY NABYTYCH CHOROBACH, O OPERACJACH, CZY O NOWO-PRZEPISANYCH LEKARSTWACH).

Odpowiedziałam/łam na powyższe pytania tak dokładnie jak tylko umiałam/łam.

Zezwalam memu lekarzowi-dentyście (Dr R.J. Walickiemu) na udostępnienie tych danych osobom trzecim, ubezpieczeniom i innym lekarzom czy instytucjom zdrowia.

Podpis osoby wypełniającej kwestionariusz: _____

Pełne imię i nazwisko *drukiem*: _____

Jeśli ktoś inny wypełnia kwestionariusz prosimy o podanie nazwiska i stopnia pokrewieństwa w stosunku do pacjenta: _____

Data: ____/____/____

Przegląd historii chorób i obecnego stanu zdrowia pacjenta -- wnioski i ważniejsze spostrzeżenia lekarza-dentysty:

Podpis: Dr. _____

Data: ____/____/____