



Kérdőív fogászati, fogsebészeti beavatkozás előtt

Név:		TAJ:	
Született:			
Lakcím:			
Telefon:		E-mail:	
<input type="checkbox"/> Hozzájárulok, hogy e-mail címemre, mobil telefonomra hírlevelet és időpont értesítést küldjenek.			

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 ellátásban részesülhessen. (A megfelelő választ x-szel jelölje.)

Az Öntől kapott információkat természetesen az orvosi titoktartás védi!

	IGEN	NEM		IGEN	NEM
Hajlamos-e ájulásra?			Szenved-e Ön: cukorbetegségben?		
Magas-e a vérnyomása?			véralvadási zavarban?		
Alacsony-e a vérnyomása?			vérkeringési zavarokban?		
Egyéb vérkeringési zavarról tud-e?			pajzsmirigy problémákban?		
Tud-e szívbetegségről?			reumás betegségben?		
szívfejlődési rendellenességről?			tüdőbetegségben?		
műbillentyű beültetéséről?			vesebetegségben?		
szívbelhártya gyulladásról?			emésztőrendszeri betegségben?		
szívműtétről?			idegrendszeri betegségben?		
Van-e pészmeke?			immunhiányos betegségben?		
Volt-e csípő- vagy egyéb protézis műtété?			HIV pozitív fertőzésben?		
Áll-e orvosi vagy kórházi kezelés alatt?			Más fertőző betegségben?		
Az elmúlt 3 évben volt súlyos betegsége?			Hepatitis		
Hölgyeknek: jelenleg terhes-e?			TBC		
Milyen gyógyszereket szed jelenleg?	Milyen egyéb betegségekben szenved?				
Van-e olyan gyógyszer, amelyre allergiás, vagy panaszt okozott a szedése?			Vannak-e allergiás panaszai? (fémek is!)		
Ha igen, melyek ezek?	Ha igen, mire allergiás?				
Átesett-e daganatos betegségen?			Kapott-e sugárkezelést?		
Kapott-e kemoterápiás kezelést?					
Kapott-e (tabletta, injekció, infúzió formában) csont lebontódást gátló szert?			Szed-e Syncumar, vagy más nevű véralvadást befolyásoló szert?		

A rendelő tájékoztatóját elolvastam és tudomásul vettem. Egyúttal kijelentem, hogy minden beavatkozás előtt felvilágosítást várok állapotomról, a kezelési lehetőségekről, a várható eredményekről és az anyagi költségekről. Amennyiben alá vetem magam az egyes kezeléseknél, az egyben jelzi kérésemet a beavatkozás elvégzésére. Az egészségi állapotomban történt változásokról kezelőorvosomat tájékoztatom.

Dátum:

Páciens aláírása:

Aláírás