

KWESTIONARIUSZ ZDROWIA PACJENTA

Szanowni Państwo!

Pragniemy stworzyć Państwu możliwie najlepsze warunki leczenia. Dla Państwa bezpieczeństwa i w celu uniknięcia komplikacji podczas zabiegów konieczne jest zadanie pytań dotyczących stanu zdrowia. Schorzenia ogólne mogą mieć wpływ na wybór odpowiedniej terapii jak i na jej efekty. Odpowiedzi na poniższe pytania są objęte tajemnicą lekarską, pozostaną wyłącznie do wiadomości lekarza stomatologa i nie będą udostępnione stronie trzeciej.

1

Nazwisko _____ Imię _____
 Adres zamieszkania _____
 Kod pocztowy _____ Miasto _____
 Telefon kontaktowy _____
 PESEL (lub data urodzenia) _____
 Zawód _____

Komu zawdzięczamy przyjemność spotkania się z Tobą, czyli jak do nas trafiłeś?

2

- | | |
|---|-----------------|
| 1. Czy sądzisz, że stan Twoich zębów wpływa na Twoje zdrowie? | TAK NIE NIEWIEM |
| 2. Czy jesteś zadowolony z wyglądu własnych zębów? | TAK NIE NIEWIEM |
| 3. Czy boisz się leczenia stomatologicznego, które chcesz rozpocząć? | TAK NIE NIEWIEM |
| 4. Czy Twoje zęby są wrażliwe na ciepłe, zimne, słodkie? | TAK NIE NIEWIEM |
| 5. Czy masz kłopoty z gryzieniem lub żuciem jedzenia? | TAK NIE NIEWIEM |
| 6. Czy zdarza się, że krwawią Ci dziąsła? | TAK NIE NIEWIEM |
| 7. Czy masz kłopoty z szerokim otwieraniem ust? | TAK NIE NIEWIEM |
| 8. Czy masz lub miałeś kłopoty z zatokami? | TAK NIE NIEWIEM |
| 9. Czy miałeś kiedykolwiek wypadek, podczas którego doszło do złamania szczęki lub zranienia twarzy | TAK NIE NIEWIEM |
| 10. Czy jesteś obecnie leczony przez lekarza ogólnego? | TAK NIE NIEWIEM |
| - podaj z jakiego powodu: _____ | |
| 11. Czy brałeś w ciągu ostatniego roku jakieś leki? | TAK NIE NIEWIEM |
| - wymień jakie: _____ | |
| 12. Czy przybrałeś na wadze lub schudłeś ostatnio? | TAK NIE NIEWIEM |
| 13. Czy byłeś kiedykolwiek poważnie chory/leżałeś w szpitalu? | TAK NIE NIEWIEM |
| 14. Czy miałeś kiedykolwiek operację? | TAK NIE NIEWIEM |
| 15. Czy masz problemy z oddychaniem przez nos? | TAK NIE NIEWIEM |
| 16. Czy miałeś kiedykolwiek: | |
| - żółtaczkę | TAK NIE NIEWIEM |
| - gruźlicę | TAK NIE NIEWIEM |
| - padaczkę | TAK NIE NIEWIEM |
| - cukrzycę | TAK NIE NIEWIEM |
| - chorobę reumatyczną | TAK NIE NIEWIEM |
| - choroby serca | TAK NIE NIEWIEM |
| - nadciśnienie tętnicze | TAK NIE NIEWIEM |
| - choroby tarczycy | TAK NIE NIEWIEM |
| - choroby nerek | TAK NIE NIEWIEM |
| - astmę | TAK NIE NIEWIEM |
| 17. Czy, gdy się skaleczysz mija dużo czasu zanim krew przestanie płynąć? | TAK NIE NIEWIEM |
| 18. Czy jesteś na coś uczulony? | TAK NIE NIEWIEM |
| - wymień na co: _____ | |
| 19. Czy zdarza Ci się, że mdlejesz? | TAK NIE NIEWIEM |
| 20. Czy miewasz często bóle głowy? | TAK NIE NIEWIEM |
| 21. Czy uważasz siebie za nerwową osobę? | TAK NIE NIEWIEM |
| 22. Czy często czujesz się przygnębiony/nieszczęśliwy? | TAK NIE NIEWIEM |
| 23. Czy jesteś w ciąży? | TAK NIE NIEWIEM |
| 24. Czy palisz papierosy/tytoń? | TAK NIE |

OŚWIADCZENIE PACJENTA (OPIEKUNA PRAWNEGO*)

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany w sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić w czasie najbliższej wizyty po ich zaistnieniu.

Ja, _____
zamieszkały/a: _____
Imię, nazwisko Nr PESEL: _____

oświadczam, **że upoważniam***) Pana/-ią _____ legitymującego/-ą się dowodem osobistym nr _____ /**nie upoważniam nikogo***) do uzyskiwania informacji o moim stanie zdrowia (podopiecznego*) oraz – w przypadku śmierci – do uzyskiwania wglądu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby (podopiecznego*) oraz odpisów, wypisów i kopii tej dokumentacji gromadzonej i przechowywanej w „Stomatologia Stępień” S.C. w Krakowie przy ulicy Frycza-Modrzewskiego 2/13 U. Znam przysługujące mi prawa pacjenta wynikające z Karty Praw Pacjenta i wyrażam zgodę na leczenie w tutejszej poradni. Zgoda obejmuje wykonanie wszystkich zabiegów zaleconych i uzgodnionych z lekarzem prowadzącym lub innymi lekarzami poradni.

data podpis pacjenta (opiekuna prawnego*)