

# Ankieta pacjenta

Imię: ..... Nazwisko: .....

Nr telefonu: ..... E-mail: .....

Adres do korespondencji .....

Data urodzenia: ..... PESEL: .....

Jaki jest powód Pana/Pani wizyty w naszym Gabinetcie?

.....  
.....

Data ostatniej wizyty u stomatologa? .....

Data ostatnio wykonanego prześwietlenia w zakresie jamy ustnej (RTG, RVG, CT):

.....

O Gabinetcie Implantologiczno – Stomatologicznym EDENT dowiedziałem(am) się:

od lekarza dentysty       od znajomych       przez Internet

z innego źródła: .....

.....

# Ankieta medyczna

## Choroby

### Alergiczne

Astma .....  TAK  NIE  NIE WIEM .....

Czy jest Pani/Pan na coś uczulona/uczulony?..  TAK  NIE  NIE WIEM .....

### Czy w ciągu ostatnich 2 lat był wykonany:

Operacja (proszę podać jaka i kiedy? ) .....  TAK  NIE .....

Przekłucie uszu (lub inne) .....  TAK  NIE .....

Tatuaż .....  TAK  NIE .....

Zabieg depilacji .....  TAK  NIE .....

Zabieg kosmetyczny .....  TAK  NIE .....

### Czy była Pani/Pan w szpitalu w ciągu ostatnich 2 lat:

.....  TAK  NIE  NIE WIEM .....

### Dziedziczne

Astma .....  TAK  NIE  NIE WIEM .....

### Infekcyjne

WZW B .....  TAK  NIE  NIE WIEM .....

WZW C .....  TAK  NIE  NIE WIEM .....

AIDS .....  TAK  NIE  NIE WIEM .....

### Krwi

Przedłużone krwawienie np.po skaleczeniu .....  TAK  NIE  NIE WIEM .....

### Nerek

Niewydolność nerek .....  TAK  NIE  NIE WIEM .....

### Neurologiczne

.....  TAK  NIE  NIE WIEM .....

### Okulistyczne

.....  TAK  NIE  NIE WIEM .....

### Reumatyczne

.....  TAK  NIE  NIE WIEM .....

### Serca

Choroba wieńcowa .....  TAK  NIE  NIE WIEM .....

Przebyty zawał .....  TAK  NIE  NIE WIEM .....

Stan po operacji serca .....  TAK  NIE  NIE WIEM .....

Czy podczas wchodzenia po schodach musi Pani/Pan przystawać z powodu duszności?  
.....  TAK  NIE  NIE WIEM .....

### Układu krążenia

Miażdżyca .....  TAK  NIE  NIE WIEM .....

Nadciśnienie .....  TAK  NIE  NIE WIEM .....

Niewydolność krążenia .....  TAK  NIE  NIE WIEM .....

### Układu nerwowego

Czy zdarzają się Pani/Panu zaburzenia świadomości, omdlenia?  
.....  TAK  NIE  NIE WIEM .....

Czy zdarzają się Pani/Panu zaburzenia czucia lub siły mięśniowej?  
.....  TAK  NIE  NIE WIEM .....

### Układu pokarmowego

Nadkwasota , choroba wrzodowa .....  TAK  NIE  NIE WIEM .....

### Zaburzenia hormonalne

.....  TAK  NIE  NIE WIEM .....

## Inne

- Ciąża .....  TAK  NIE  NIE WIEM .....
- Czy przyjmuje Pani leki antykoncepcyjne? .....  TAK  NIE  NIE WIEM .....
- Cukrzyca .....  TAK  NIE  NIE WIEM .....
- Padaczka / Epilepsja .....  TAK  NIE  NIE WIEM .....
- Palenie papierosów .....  TAK  NIE  NIE WIEM .....

## Przeciwwskazania

### Alergia na leki

- Penicylina .....  TAK  NIE  NIE WIEM .....
- Klindamycyna .....  TAK  NIE  NIE WIEM .....
- Duomox .....  TAK  NIE  NIE WIEM .....
- Augmentin .....  TAK  NIE  NIE WIEM .....
- Środki do znieczulenia miejscowego .....  TAK  NIE  NIE WIEM .....

### Alergia na materiały stomatologiczne

- Alergia na akryl .....  TAK  NIE  NIE WIEM .....
- Alergia na nikiel .....  TAK  NIE  NIE WIEM .....
- Alergia na złoto .....  TAK  NIE  NIE WIEM .....
- Czy zdarzyły się jakieś niepożądane efekty po znieczuleniu?  
.....  TAK  NIE  NIE WIEM .....

## Stomatologiczne

- Czy krwawią dziąsła podczas czyszczenia zębów? .....  TAK  NIE  NIE WIEM
- Czy czuje Pani/Pan suchość w ustach? .....  TAK  NIE  NIE WIEM
- Czy zdarzyło się Pani/Panu uczucie pieczenia w ustach? .....  TAK  NIE  NIE WIEM
- Czy Pani/Pana zęby były kiedykolwiek wybielane? .....  TAK  NIE  NIE WIEM
- Czy odbyła Pani/Pan leczenie ortodontyczne? .....  TAK  NIE  NIE WIEM
- Czy miała Pani/miał Pan usuwane zęby? .....  TAK  NIE  NIE WIEM
- Czy miała Pani/ miał Pan problem ze stawem skroniowo żuchwowym? .....  TAK  NIE  NIE WIEM
- Czy zaciska Pani/Pan zęby podczas dnia? .....  TAK  NIE  NIE WIEM
- Czy kiedykolwiek używała Pani/ używał Pan szynę nagryzową (ochronną)? .....  TAK  NIE  NIE WIEM
- Czy budzi się Pani/Pan z napiętymi mięśniami twarzy lub ze ściśniętymi zębami? ....  TAK  NIE  NIE WIEM
- Czy odczuwa Pani/Pan ból zęba? .....  TAK  NIE  NIE WIEM
- Czy Pani/Pana zęby są nadwrażliwe na gorące, zimne, słodkie pokarmy/napoje? ...  TAK  NIE  NIE WIEM
- Czy uważa Pani/Pan, że coś należy zmienić w wyglądzie zębów? .....  TAK  NIE  NIE WIEM

Oświadczam, że podane powyżej pytania są dla mnie zrozumiałe, a udzielone przeze mnie odpowiedzi zgodne z prawdą i stanem faktycznym. Wszystkie zmiany mojej sytuacji zdrowotnej zobowiązuje się zgłosić przy najbliższej okazji. Wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie moich danych osobowych w celach medycznych w tutejszej placówce. Przyjmuję do wiadomości, że placówka jest monitorowana.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych zawartych w powyższym formularzu jest EDENT Olaf Bronowicz z siedzibą we Wrocławiu 52-210 przy ulicy B.Strachowskiego 7a/1i, który przetwarza dane w celu prawidłowego diagnozowania i leczenia. Podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne dla prawidłowego przeprowadzenia procedur medycznych. Informujemy o przysługującym prawie dostępu do treści danych oraz ich poprawiania.

Upoważniam ..... nr telefonu: .....  
do odbioru wyników moich badań, dokumentacji medycznej, informacji dotyczącej mojego stanu zdrowia.

Data ..... Podpis pacjenta: .....

EDENT Olaf Bronowicz

REGON: 93265596900028 • Kod Res.:000000187155 • EDENT (kod res. 01) • ul.Strachowskiego 7a/1i • 50-524 Wrocław • Tel.: 504 435 434 lub 501 664 691