

Stomatologia Stom ka

Ankieta zdrowia – Prosimy o wpisanie TAK, NIE bądź NIE WIEM.

1. Czy stwierdzono u Pana/i następujące schorzenia (układ krążenia , zawał , choroba wieńcowa , zapalenie mięśnia sercowego , wady serca, nadciśnienie)
2. Choroby płuc (gruźlica , zapalenie płuc , astma)
3. Choroby krwi zaburzenia krzepnięcia
4. choroby reumatyczne.....
5. Choroby okulistyczne
6. Choroby nowotworowe
7. Choroby nerek (stany zapalne , kamica).....
8. Choroby wątroby (żółtaczka , marskość).....
9. Przebyty udar mózgu
10. Padaczka.....
11. Osteoporoza – czy przyjmuje Pan/i leki przeciwko osteoporozie np. bifosfoniany.....
12. AIDS.....
13. Cukrzyca
14. Alergia na środki znieczulające lub na materiały stomatologiczne
15. Alergia na leki
16. Inne niewymienione dotąd schorzenia
17. Czy przyjmuje Pan/i jakieś leki ?.....
18. Czy były wykonywane zabiegi chirurgiczne w ciągu ostatnich 2 lat ?.....
19. Czy był wykonywany lub planowany przeszczep narządów ?
20. czy jest Pani w ciąży ?.....
21. Czy pali Pan/i papierosy ? Jeżeli tak to ile sztuk dziennie ?

Podane przez Państwa informacje będą objęte tajemnicą lekarską.

Dziękujemy za dokładne wypełnienie wywiadu lekarskiego