

Személyes Adatok

Név:		Telefon:	
Lakcím:		E-mail:	
Szül. dátum:		Foglalkozás:	
Taj szám:			

Hogyan talált ránk?

Kérjük, tegyen X-et, a megfelelő válaszhoz!

Internet	
Cégtábla	
Ismerős ajánlotta	

Kedves Páciensünk!

A biztonságos és eredményes kezeléshez elengedhetetlen, hogy egészségi állapotáról, betegségeiről, azok gyógyításáról pontos képet kapjunk. Tudnunk kell mely gyógyszerekre érzékeny, van-e olyan alapbetegsége amelyre kezelőorvosának a fogorvosi, szájszészeti beavatkozások során tekintettel kell lennie, nehogy esetleg az befolyásolja a fogorvosi kezelést. Kérjük, figyelmesen olvassa el és válaszoljon az alábbi kérdésekre, hogy Ön a legmegfelelőbb kezelésben részesülhessen!

A megfelelő oszlop (IGEN/NEM) cellájába tegyen X-et!

Az Öntől kapott információkat természetesen az orvosi titoktartás védi!

Kérdés	IGEN	NEM
1. Szed valamilyen gyógyszert? Ha igen, melyet:		
1.1 Antibiotikum		
1.2 Vérnyomáscsökkentő		
1.3 Gyógyszer szívbetegségre		
1.4 Véralvadásgátló – Vérhígító		
1.5 Gyógyszer cukorbetegségre		
1.6 Szteroid (Pl.: Prednisolon)		
1.7 Gyógyszer epilepsiára		
1.8 Gyógyszer csontritkulásra		
1.9 Nyugtató, altató		
Egyéb (kérjük, írja ide):		
2. Szerved valamilyen betegségben? Ha igen, miben:		
2.1 Szív- érrendszerei betegség		
2.1.1 Szívfejlődési rendellenesség / szívműtét		
2.1.2 Magas vérnyomás / alacsony vérnyomás		
2.1.3 Visel- e pacemakert, műbillentyűt?		

Kérdés		IGEN	NEM
2.2	Vérzékenység		
2.3	Immunihiánnyal járó betegség		
2.4	Pajzsmirigyet érintő betegség		
2.5	Tüdőbetegség (TBC)		
2.6	Reuma, vagy más ízületi betegség		
2.7	Vesebetegség		
2.8	Idegrendszeri betegség		
2.9	Fertőző betegség (HIV, Hepatitis A, B, C)		
2.10	Volt csípő, vagy egyéb végtagprotézis műtété?		
2.11	Van csontritkulása?		
3. Allergiás valamire?			
3.1	Ha igen, mire (kérjük, írja ide): _____		
	Gyógyszerallergia (ha igen , kérjük pontosan írja le): _____		
	Fémallergia (ha igen , kérjük pontosan írja le): _____		
4.	Hajlamos ájulásra / szédülésre?		
5.	Volt/Van máj vagy epe panasza (sárgasága)?		
6.	Kapott vérátömlesztést?		
7.	Dohányzik?		
8.	Fogyaszt rendszeresen (naponta) alkoholt?		
9.	Fogyaszt drogokat?		
10.	Volt/ Van daganatos betegsége?		
11.	Volt/ Van családjában daganatos beteg?		
12.	Terhes / szoptat jelenleg?		
14. Volt korábban bármilyen egyéb a kezelést befolyásoló műtétje?			
14.1	Ha igen, milyen (kérjük, írja ide): _____		
15. Egészségét érintő egyéb fontos adat (kérjük, írja ide): _____			

Az általam adott válaszok nem kényszer hatására születtek, a valóságnak megfelelnek. Tanúsítom, hogy betegségemről, ill. a javasolt gyógymódokról a kellő felvilágosítást és tájékoztatást megkaptam. Tudomásul veszem, hogy a fogászati gyógykezelés során bizonyos szövődmények előfordulhatnak, amelyek a várható eredményt kedvezőtlenül is befolyásolhatják. Aláírással beleegyezek a fogászati kezelés elkezdéséhez. Az esetleges további kezelés visszautasítása, a kezelés megszakítása kapcsán bekövetkező gyógyulási eredmény alakulásáért a Dentalex fogászati rendelőt és a kezelő orvost a felelősség alól felmentem.

Amennyiben nem megfelelő Önnek a már lefoglalt időpont, kérjük ezt legalább 6 órával előtte jelezze felénk telefonon, ha ezt elmulasztja, 5000 Ft készenléti díjat számolhatunk fel, amelyet megtéríteni köteles.

Saját érdekében kérjük: ha a kérdésekre adott válaszok és adatok közül időközben bármelyik is megváltozott, a legközelebbi kezeléskor jelezze kezelőorvosának!

Páciens aláírása

Orvos aláírása