



DENTOP™

**KÉRDŐÍV AZ ÁLTALÁNOS EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT FELMÉRÉSÉHEZ****Kedves Páciensünk!**

Bizonyos alapbetegéseket figyelembe kell venni a fogászati beavatkozások során, ezért szükséges, hogy az Ön egészségi állapotáról bővebben tájékozódjunk. Kérjük, figyelmesen olvassa el és válaszoljon az alábbi kérdésekre, hogy Ön a legmegfelelőbb kezelésben részesülhessen! **A megfelelő válasz mellett levő rubrikába tegyen "X"-et.** Az Öntől kapott információkat az orvosi titoktartás védi!

Név: .....

Lakcím: ..... TAJ szám (receptírás céljából kérjük megadni): .....

Születési idő: ..... Telefon/mobil: .....

E-mail cím: .....

Foglalkozás (nyugdíjasnál korábbi): ..... Melyik ismerőse ajánlott minket:.....

**Kitől/honnan hallott rólunk?**     ismerős     internet     facebook     magazin     egyéb
**1. A mai látogatás célja/oka:** .....**2. Jelölje be, az alábbiak közül melyik igaz Önre:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kattogó / kiugró állkapocs | <input type="checkbox"/> Fogcsikorgatás | <input type="checkbox"/> Fogak érzékenysége melegre, hidegre |
| <input type="checkbox"/> Vérző íny / Gyulladt íny   | <input type="checkbox"/> Mozdó fogak    | <input type="checkbox"/> Étel felgyülemelés fogak között     |
| <input type="checkbox"/> Repedt tömések             | <input type="checkbox"/> Fogínysorvadás | <input type="checkbox"/> Kellemeitlen lehelet                |

**3. Használ fogselymet?** .....  Igen  Nem**Használ fogköz tisztító kefét?** .....  Igen  Nem**4. Amennyiben vannak amalgámtömései, szeretné kicseréltetni őket?** .....  Igen  Nem**5. Jelenleg áll-e valamilyen orvosi kezelés alatt?** .....  Igen  Nem

Ha igen, milyen betegség miatt? ..... Kezelőorvos neve, telefonszáma: .....

Volt-e valaha súlyos betegsége vagy műtété?     Igen  Nem    Ha igen, milyen és mikor? .....Volt-e szokatlan reakciója műtét alkatakor vagy fogászati érzéstelenítéskor?     Igen     Nem

Milyen gyógyszereket szed rendszeresen? .....

**6. Dohányzik?**     Igen     Nem    Ha igen, hány szálát szív naponta?.....**7. Hölgyeknél:**     Várandós?     Szoptat?**8. Allergiás a felsoroltak közül valamire, illetve okozott-e valamilyen gyógyszer szedése panaszt/allergiát?** Helyi érzéstelenítő (pl.:Lidocain)     Fém     Penicillin     Latex egyéb gyógyszer illetve allergiás megbetegedés: .....**9. Kezelték-e, illetve kezelik-e (műtét is ideértendő) a következő betegségekkel? Ha igen, mikor?**

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> AIDS/HIV Pozitív          | <input type="checkbox"/> Fehérvérűség/Leukémia      | <input type="checkbox"/> Májbetegség                        | <input type="checkbox"/> <b>Szívfejlődési rendellenesség</b> |
| <input type="checkbox"/> Alacsony vércukorszint    | <input type="checkbox"/> Fekély                     | <input type="checkbox"/> <b>Izületi protézis</b>            | <input type="checkbox"/> <b>Szívbelhártya-gyulladás</b>      |
| <input type="checkbox"/> <b>Alacsony vérnyomás</b> | <input type="checkbox"/> Gyakori fejfájás           | <input type="checkbox"/> <b>Mű szívbillentyű</b>            | <input type="checkbox"/> /endocarditis                       |
| <input type="checkbox"/> Állkapocs fájdalom        | <input type="checkbox"/> Gyomorbaj/Bélbaj           | <input type="checkbox"/> Nemi betegség                      | <input type="checkbox"/> <b>Szívritmusszabályozó</b>         |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxia/Túlérzékenység | <input type="checkbox"/> Hepatitisz A               | <input type="checkbox"/> Pajzsmirigy betegség               | <input type="checkbox"/> /pészméker                          |
| <input type="checkbox"/> Anémia/Vérszegénység      | <input type="checkbox"/> Hepatitisz B vagy C        | <input type="checkbox"/> Rák/Daganat/Tumor                  | <input type="checkbox"/> <b>Tuberkulózis/TBC</b>             |
| <input type="checkbox"/> Beültetett szerv          | <input type="checkbox"/> Herpesz                    | <input type="checkbox"/> Reuma                              | <input type="checkbox"/> Tüdőbaj                             |
| <input type="checkbox"/> Cukorbetegség             | <input type="checkbox"/> <b>Huzamos vérzés</b>      | <input type="checkbox"/> Sárgaság                           | <input type="checkbox"/> Veleszületett szívélgtelenség       |
| <input type="checkbox"/> <b>Csontritkulás</b>      | <input type="checkbox"/> Izületi gyulladás          | <input type="checkbox"/> Sugárkezelés                       | <input type="checkbox"/> <b>Véralvadási zavar</b>            |
| <input type="checkbox"/> Drogfüggőség              | <input type="checkbox"/> Kemoterápia                | <input type="checkbox"/> Sűrű hasmenés                      | <input type="checkbox"/> Vérátömlesztés                      |
| <input type="checkbox"/> Elmebetegségi betegség    | <input type="checkbox"/> Légzésprobléma             | <input type="checkbox"/> Sűrű köhögés                       | <input type="checkbox"/> <b>Vérékenység</b>                  |
| <input type="checkbox"/> Epilepszia                | <input type="checkbox"/> <b>Magas vérnyomás</b>     | <input type="checkbox"/> Szabálytalan szívverés             | <input type="checkbox"/> Vese dialízis                       |
| <input type="checkbox"/> Értézés                   | <input type="checkbox"/> Mellékpajzsmirigy betegség | <input type="checkbox"/> Szédülés, ájulási hajlam           | <input type="checkbox"/> Vesebetegség                        |
| <input type="checkbox"/> Esméletvesztés            |   | <input type="checkbox"/> <b>Szerzett szívbillentyű hiba</b> | <input type="checkbox"/> Zöldhályog                          |

**10. Szenved-e egyéb más (esetleg fertőző) megbetegedésben? Ha igen, miben?** .....

E-mail címem és telefonszámom megadásával hozzájárulok, hogy a kezeléseimmel kapcsolatban tájékoztatást, ill. hírlevelet kapjak. A hírlevélről bármikor leiratkozhatok. Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy az általam adott válaszok a valóságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy **a helytelenül megadott válaszok veszélyeztethetik az egészségemet.** Az én felelősségem, a rendelő tájékoztatása, ha a jövőben ezekben változás történne, és azt a fogászati kezelést megelőzően fogorvosomnak tudtára adom.

Kelt: Budapest, .....év. ....hó .....nap

.....  
Páciens / Gondviselő aláírása.....  
Orvos aláírása