

5

HISTORIA MEDYCZNA PACJENTA

NAZWISKO LEKARZA RODZINNEGO

Tel #

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 1. Czy znajdujesz sie w trakcie leczenia? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | 8. Czy jestes uczulony lub miales reakcje alergiczna na ponizsze? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| 2. Czy przebywales w szpitalu lub poddales sie operacji chirurgicznej w ciagu ostatnich 5 lat? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | Miejscowe znieczulenie (np. Novocaine) | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| Jezeli tak, prosze wyjasnic _____ | | Peniciline lub inny antybiotyk | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| 3. Czy przyjmujesz jakiegokolwiek lekarstwa wlaczajac te bez recepty? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | Sulfa Drugs | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| Jezeli tak, to jakie _____ | | Srodki uspokajajace | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| 4. Czy przyjmowales Phen-Fen/Redux, Fosamax, Actonel, and Boniva? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | Jodyne | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| 5. Czy zujesz tyton? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | Aspiryne | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| 6. Czy stosujesz uzywki? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | Metale (np. Nikiel, Rtec) | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| 7. Czy nosisz szkla kontaktowe? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | Gume lateksowa | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | | Inne (prosze wymienic) _____ | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | | 9. Tylko Kobiety: | |
| | | a) Czy jest Pani w stanie cieznym? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | | b) Czy karmi Pani piersia? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| | | c) Czy stosuje Pani doustne srodki antykoncepcyjne? .. | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |

CZY CIERPISZ LUB CIERPIALES NA PONIZSZE?:

	Tak	Nie		Tak	Nie		Tak	Nie
Wysokie cisnienie krwi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Choroby serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bole klatki piersiowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zawal serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rozrusznik serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gazy zoladkowe/wzdecia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Goraczka reumatyczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migotanie przedsionkow serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wylew	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opuchniete kostki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niedotlenienie pluc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Katar sienny, alergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omdlenia/drgawki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ciagle zmeczenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gruzlica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Naswietlanie lampami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niskie cisnienie krwi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rozedma pluc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nagla utrata wagi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsja/Konwulsje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wysokie cisnienie oczu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bialaczka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumatyzm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Choroby watroby	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cukrzyca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sztuczne stawy, implanty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemy w oddychaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zaburzenia nerek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zoltaczka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niedomykanie zastawki serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AIDS lub infekcja HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Choroby weneryczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Powieszona tarczycza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemy zoladkowe/wrzody ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

6

HISTORIA DENTYSTYCZNA PACJENTA

NAZWISKO POPRZEDNEGO DENTYSTY

Tel #

- | | | | |
|--|---|--|---|
| 1. Czy podczas szczotkowania krwawia Ci dziasla? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | 9. Czy zaciskasz zebny lub zgrzytasz nimi? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| 2. Czy Twoje zebny sa wrażliwe na zimne/gorace napoje lub potrawy? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | 10. Czy czesto przygryzasz wargi lub policzki? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| 3. Czy Twoje zebny sa wrażliwe na slodkie/kwasne napoje czy potrawy? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | 11. Czy przeszedles skomplikowane usuniecia zebow w przeszlosci? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| 4. Czy odczuwasz bol w ktorymkolwiek z zebow? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | 12. Czy dlugo krwawisz po usunieciu zeba? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| 5. Czy wystepuja rany lub pieczenie wokolicey ust? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | 13. Czy poddales sie leczeniu ortodontycznemu? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| 6. Czy miales uszkodzenia glowy, zuchwy, karku? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | 14. Czy nosisz protezy? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| 7. Czy doswiadczyles nastepujacych problemow w szczece? | | Jezeli tak, data zalozenia _____ | |
| ▪ Szczekanie | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | 15. Czy otrzymales instrukcje dotyczace utrzymania higieny zebow oraz dziasel? | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| ▪ Bol (stawow, ucha, bokow twarzy) | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | 16. Inne _____ | |

- 1 rudności w otwieraniu i zamykaniu
- Trudności w przezwaniu
- 8. Czy miewasz częste bóle głowy?

7

AUTORYZACJA

Niniejszym poswiadczam,, ze odpowiedzi na wszystkie pytania zostaly udzielone wedlug mojej najlepszej wiedzy i rozumem, ze podanie nieprawdziwych informacji moze byc niebezpieczne dla mojego zdrowia.

Podpis Pacjenta (lub Rodzica w Przypadku Dziecka)

Data: