

BINE AȚI VENIT ÎN CABINETUL NOSTRU !

Înainte de a discuta despre dorințele și necesitățile dumneavoastră de tratamente stomatologice ne sunt necesare datele personale (pe verso), precum și situația sănătății generale. Siguranța dumneavoastră poate depinde de completarea corectă a acestui formular ! Toate acestea ne sunt utile pentru a vă cunoaște și pentru a vă putea oferi un tratament cu risc minim pentru dumneavoastră.

Dacă aveți neclarități, întrebați medicul stomatolog înainte de a completa . **BIFAȚI CU X CĂSUȚA CORESPUNZĂTOARE .**

Declarația se face pe proprie răspundere și este certificată de semnătură. Datele cuprinse în declarație sunt confidențiale.

Vă mulțumim, dr.

Profesia _____ Locul de muncă _____ Pensionar din data de _____

Medic de familie _____ Adresa _____ Telefon _____ Medic specialist _____

Alergii medicamentoase: La ce produse ? _____ DA / NU

Sunteți în timpul unui tratament? _____ DA / NU

Dacă da, pentru ce boală _____ ?

Boli cardiace:
 Insuficiență cardiacă _____ DA / NU
 Aritmii _____ DA / NU
 Angină pectorală _____ DA / NU
 By-pass _____ DA / NU
 Alte boli cardiace _____

Boli circulatorii:
 Tensiune mare _____ DA / NU
 Tensiune mică _____ DA / NU
 Situație post infarct _____ DA / NU
 Luați medicamente regulat ? Ce fel _____ ? DA / NU
 Alte boli circulatorii _____

Boli vegetative: Leșinuri _____ DA / NU

Boli endocrine:
 Diabet _____ DA / NU
 Glanda tiroidă _____ DA / NU
 Alte boli endocrine _____

Boli nervoase: Epilepsie _____ DA / NU

Boli sanguine:
 Hemofilie _____ DA / NU
 Anemie _____ DA / NU
 Sângerări îndelung în caz de tăiere ? _____ DA / NU
 Faceți ușor hematoame (vânătăi) ? _____ DA / NU
 Alte boli sanguine _____

Boli contagioase: Hepatita A / B / C / D ? Când _____ ? DA / NU

T.B.C. _____ DA / NU

H.I.V. / SIDA _____ DA / NU

Boli cronice respiratorii _____ DA / NU

Dependențe: Medicamente (ANTIBIOTICE) _____ DA / NU

Alcool _____ DA / NU

Tutun _____ DA / NU

Droguri _____ DA / NU

Gravidă: _____ DA / NU

Dacă da, în ce lună _____

Ați avut vreo operație chirurgicală ? Ce fel _____ ? DA / NU

Vi s-au făcut transfuzii ? Când _____ ? DA / NU

Ați mai avut tratamente stomatologice ? (extractii, anestezii, etc. ?) _____ DA / NU

La tratamentele, anesteziiile stomatologice anterioare au aparut accidente sau incidente? _____ DA / NU

- de exemplu au apărut: leșin, greață, alergii, altele

CERTIFIC CĂ AM CITIT ȘI ÎNȚELES PE DEPLIN CELE DE MAI SUS ȘI DECLAR CĂ DATELE FURNIZATE DE MINE ÎN ACEST FORMULAR SUNT ADEVĂRATE ȘI COMPLETE. ÎMI ASUM RESPONSABILITATEA PENTRU ORICE INCIDENTE SAU COMPLICAȚII CARE POT APĂREA ÎN EVENTUALITATEA CĂ ACESTE DATE SUNT FALSE SAU INCOMPLETE.

DATA

SEMNĂTURĂ PACIENT / TUTORE