

Ερωτηματολόγιο ασθενούς

Επώνυμο, όνομα ασθενούς

Διεύθυνση

Ημ. Γέννησης

E-Mail:

Τηλέφωνο (ιδιωτ.): (εργασίας):

Επάγγελμα: Οικογενειακός γιατρός: Όνομα:

Διεύθυνση:

Τηλέφωνο:



Παρακαλούμε να απαντήσετε όσο το δυνατόν ακριβέστερα στις ακόλουθες ερωτήσεις! Τα στοιχεία υπόκεινται στο ιατρικό απόρρητο και στις διατάξεις προστασίας προσωπικών δεδομένων και ο χειρισμός τους γίνεται απόλυτα εμπιστευτικά.

Καρδιακές παθήσεις/παθήσεις κυκλοφορικού:

Υψηλή πίεση ναι όχι
Χαμηλή πίεση ναι όχι
Βαλβιδοπάθεια ναι όχι
Αντικατάσταση βαλβίδας ναι όχι
Βηματοδότης ναι όχι
Ενδοκαρδίτιδα ναι όχι
Εγχείριση καρδιάς ναι όχι

Κρίσεις (επιληψία)

ναι όχι
Άσθμα / πνευμονολογικές παθήσεις ναι όχι
Διαταραχές πήξης αίματος ναι όχι
Σάκχαρο/σακχαρώδης διαβήτης ναι όχι
Εξάρτηση από ναρκωτικά ναι όχι
Νευρολογικές παθήσεις ναι όχι
Νεφρολογικές παθήσεις ναι όχι
Κρίσεις λιποθυμίας ναι όχι
Οστεοπόρωση ναι όχι
Καπνιστής ναι όχι
Ρευματισμοί/αρθρίτιδα ναι όχι
Πάθηση θυρεοειδούς ναι όχι
Άλλες παθήσεις ναι όχι

Μολυσματικές νόσοι:

Μόλυνση από ιό HIV/στάδιο AIDS ναι όχι
Παθήσεις ήπατος/ηπατίτιδα ναι όχι
Φυματίωση ναι όχι
Άλλες μολυσματικές ασθένειες ναι όχι

Αλλεργίες ή δυσανεξίες

Τοπική νάρκωση/ενέσεις ναι όχι
Αντιβιοτικά ναι όχι
Παυσίπονα ναι όχι
Μέταλλα:

Υφίσταται εγκυμοσύνη; ναι όχι
Εάν ναι, σε ποιο μήνα;μήνας

Έχετε κάνει ποτέ οδοντιατρικές ακτινογραφίες;
Εάν ναι, ποτέ;

Ποια φάρμακα παίρνετε τακτικά ή προς το παρόν;

Παίρνετε διφωσφονικά;

Υποβάλλεστε σε χημειοθεραπεία;

Υποβάλλεστε σε ακτινοβολίες λόγω καρκίνου;

Παίρνετε στεροειδή / ανοσοκατασταλτικά σε υψηλή δοσολογία;

Έχετε υποβληθεί σε μεγάλες εγχειρήσεις στο νοσοκομείο

ναι όχι από

ναι όχι από

ναι όχι από

ναι όχι από

ναι όχι από

ναι όχι Ημερομηνία.....

Συμφωνώ με την ηλεκτρονική αποθήκευση, επεξεργασία και χρήση των στοιχείων μου για καταχώρησή τους στο σύστημα Recall-System.

Υποχρεούμαι σε άμεση ενημέρωση σε περίπτωση μεταβολών καθ'όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής. Πέραν τούτου υποχρεούμαι να τηρώ τις συμφωνηθείσες ημερομηνίες θεραπείας ή να ακυρώσω ραντεβού σε περίπτωση καλύματος τουλάχιστον 24 ώρες νωρίτερα. Γνωρίζω πως τα ραντεβού που δεν ακυρώθηκαν ή δεν ακυρώθηκαν εγκαίρως ενδέχεται να χρεωθούν.

Είμαι σύμφωνος/-η με τη λήψη πληροφοριών από εταιρείες πιστωτικής προστασίας ή γραφεία πιστοληπτικής αξιολόγησης σχετικά με τη δανειοληπτική ικανότητά μου σε περίπτωση εκτενών οδοντιατρικών ή οδοντοτεχνικών εργασιών, για τις οποίες ο/η οδοντογιατρός μου πρέπει να προκαταβάλει ορισμένα ποσά στον οδοντοτεχνίτη.

Berlin ,

Υπογραφή: