

Imię i nazwisko pacjenta: \_\_\_\_\_ Nr pacjenta: \_\_\_\_\_  
 Data urodzenia: \_\_\_\_\_

**I. PROSZĘ ZAKREŚLIĆ ODPOWIEDNIĄ ODPOWIEDŹ** (w przypadku niezrozumienia pytania należy pozostawić je bez odpowiedzi):

1. Tak Nie Czy Pana/Pani ogólny stan zdrowia jest dobry?
2. Tak Nie Czy w ostatnim roku nastąpiły jakiegokolwiek zmiany w Pana/Pani zdrowiu?
3. Tak Nie Czy był/a Pan/Pani leczony/a szpitalnie lub przechodził/a poważną chorobę w ciągu ostatnich trzech lat?  
Jeśli TAK, z jakiego powodu? \_\_\_\_\_
4. Tak Nie Czy obecnie jest Pan/Pani leczony/a przez lekarza? Z jakiego powodu? \_\_\_\_\_  
Data ostatniego badania lekarskiego \_\_\_\_\_ Data ostatniego badania dentystrycznego \_\_\_\_\_
5. Tak Nie Czy miał/a Pan/Pani problemy z uprzednim leczeniem dentystrycznym?
6. Tak Nie Czy w tej chwili odczuwa Pan/Pani ból?

**II. CZY MIAŁ/A PAN/PANI NASTĘPUJĄCE OBJAWY:**

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| 7. Tak Nie Ból w klatce piersiowej (dusznicza bolesna)?         | 18. Tak Nie Zawroty głowy?          |
| 8. Tak Nie Spuchnięte kostki?                                   | 19. Tak Nie Dzwonienie w uszach?    |
| 9. Tak Nie Zadyszka?  | 20. Tak Nie Bóle głowy?             |
| 10. Tak Nie Niedawna utrata wagi, gorączka, pocenie się w nocy? | 21. Tak Nie Omdlenia?               |
| 11. Tak Nie Uporczywy kaszel, kaszlenie krwią?                  | 22. Tak Nie Zaburzenia wzroku?      |
| 12. Tak Nie Problemy z krwawieniem, łatwe siniaczenie?          | 23. Tak Nie Konwulsje?              |
| 13. Tak Nie Problemy z zatokami?                                | 24. Tak Nie Nadmierne pragnienie?   |
| 14. Tak Nie Trudności w połykaniu?                              | 25. Tak Nie Częste oddawanie moczu? |
| 15. Tak Nie Biegunka, zaparcie, krew w stolcu?                  | 26. Tak Nie Suchość w ustach?       |
| 16. Tak Nie Częste wymioty, mdłości?                            | 27. Tak Nie Żółtaczka?              |
| 17. Tak Nie Trudności w oddawaniu moczu, krew w moczu?          | 28. Tak Nie Bóle, sztywność stawów? |

**III. CZY PRZECHODZI LUB PRZECHODZIŁ/A PAN/PANI PONIŻSZE CHOROBY:**

- |  |   |
|--|---|
| 29. Tak Nie Choroba serca?   | 40. Tak Nie AIDS?                                       |
| 30. Tak Nie Atak serca, wady serca?                                | 41. Tak Nie Nowotwory, rak?                             |
| 31. Tak Nie Szmer serca?   | 42. Tak Nie Artretyzm, reumatyzm?                       |
| 32. Tak Nie Gorączka reumatyczna?                                  | 43. Tak Nie Choroby oczu?                               |
| 33. Tak Nie Udar mózgu, stwardnienie naczyń?                       | 44. Tak Nie Choroby skóry?                              |
| 34. Tak Nie Nadciśnienie?  | 45. Tak Nie Anemia?                                     |
| 35. Tak Nie Astma, gruźlica, rozedma płuc, inne choroby płuc?      | 46. Tak Nie Choroby weneryczne (syfilis lub rzeżączka)? |
| 36. Tak Nie Zapalenie wątroby, inne choroby wątroby?               | 47. Tak Nie Opryszczka?                                 |
| 37. Tak Nie Problemy żołądka, wrzody?                              | 48. Tak Nie Choroby nerek, pęcherza?                    |
| 38. Tak Nie Uczulenie na: leki, żywność, lateks?                   | 49. Tak Nie Choroba tarczycy, nadnerczy?                |
| 39. Tak Nie Cukrzyca w rodzinie, problemy serca, guzy nowotworowe? | 50. Tak Nie Cukrzyca?                                   |

**IV. CZY OTRZYMUJE LUB OTRZYMAŁ/A PAN/PANI:**

- |   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| 51. Tak Nie Leczenie psychiatryczne?    | 56. Tak Nie Hospitalizacja?       |
| 52. Tak Nie Leczenie napromieniowaniem? | 57. Tak Nie Transfuzje krwi?      |
| 53. Tak Nie Chemioterapia?              | 58. Tak Nie Zabiegi chirurgiczne? |
| 54. Tak Nie Protetyczna zastawka serca? | 59. Tak Nie Rozrusznik serca?     |
| 55. Tak Nie Sztuczny staw?              | 60. Tak Nie Soczewki kontaktowe?  |

**V. CZY PRZYJMUJE PAN/PANI:**

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| 61. Tak Nie Leki rekreacyjne?  | 63. Tak Nie Tytoń w dowolnej formie? |
| 62. Tak Nie Leki przepisane przez lekarza i bez recepty<br>(w tym aspirynę), leki naturalne? | 64. Tak Nie Alkohol?                 |

Proszę podać: \_\_\_\_\_

**VI. TYLKO KOBIETY:**

- |  |   |
|--|---|
| 65. Tak Nie Czy jest pani lub może zająć w ciążę lub karmić piersią? | 66. Tak Nie Przyjmuje tabletki antykoncepcyjne? |
|--|---|

**VII. WSZYSCY PACJENCI:**

67. Tak Nie Czy przechodził lub przechodził/a Pan/Pani jakiegokolwiek inne choroby lub problemy zdrowotne NIE wymienione w tym formularzu?  
 Jeśli tak, proszę opisać: \_\_\_\_\_

Zgodnie z posiadanymi przeze mnie informacjami, dokładnie i w pełni odpowiedziałem/am na każde pytanie. Poinformuję swojego dentystę o jakichkolwiek zmianach w moim stanie zdrowia i lekach.

Podpis pacjenta: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**PRZEGLĄD:**

- |                          |             |
|--------------------------|-------------|
| 1. Podpis pacjenta _____ | Data: _____ |
| 2. Podpis pacjenta _____ | Data: _____ |
| 3. Podpis pacjenta _____ | Data: _____ |