

Numele Pacientului: _____ Numărul de identificare al pacientului: _____
 Data nașterii: _____

I. ÎNCERCUIȚI RĂSPUNSUL CORECT (nu răspundeți la întrebările pe care nu le înțelegeți):

- | | | | |
|----|----|----|---|
| 1. | Da | Nu | Este bună starea dvs. de sănătate? |
| 2. | Da | Nu | A fost vreo schimbare în starea Dvs. de sănătate în ultimul an? |
| 3. | Da | Nu | Ați fost internat în spital sau ați suferit de o boală gravă în ultimii trei ani?
Dacă DA, de ce? _____ |
| 4. | Da | Nu | Sunteți tratat acum de un medic? Pentru ce boală? _____
Data ultimului examen medical _____ Data ultimului examen dentar _____ |
| 5. | Da | Nu | Ați avut probleme datorită unui tratament dentar anterior? |
| 6. | Da | Nu | Aveți dureri acum? |

II. AȚI AVUT VREODATĂ:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|---|-----|----|----|--------------------------------------|
| 7. | Da | Nu | Durere în piept (angina)? | 18. | Da | Nu | Amețeală? |
| 8. | Da | Nu | Picioare umflate? | 19. | Da | Nu | Țiuit în urechi? |
| 9. | Da | Nu | Probleme de respirație? | 20. | Da | Nu | Dureri de cap? |
| 10. | Da | Nu | Recentă pierdere de greutate, febră, transpirație în timpul nopții? | 21. | Da | Nu | Leșinuri? |
| 11. | Da | Nu | Tuse persistentă, tuse cu sînge? | 22. | Da | Nu | Vedere neclară? |
| 12. | Da | Nu | Sîngerări repetate, sensibilitate crescută a pielii? | 23. | Da | Nu | Spasme, convulsii? |
| 13. | Da | Nu | Probleme cu sinusurile? | 24. | Da | Nu | Sete excesivă? |
| 14. | Da | Nu | Dificultate la înghițire? | 25. | Da | Nu | Urinare frecventă? |
| 15. | Da | Nu | Diaree, constipare, sîngerare în timpul scaunului? | 26. | Da | Nu | Gură uscată? |
| 16. | Da | Nu | Vomitare frecventă, greață? | 27. | Da | Nu | Gălbănare sau hepatită? |
| 17. | Da | Nu | Dificultate în urinare, sînge în urina? | 28. | Da | Nu | Durere, înțepenire a încheieturilor? |

III. AVEȚI SAU AȚI AVUT:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|---|-----|----|----|--|
| 29. | Da | Nu | Boală de inimă? | 40. | Da | Nu | SIDA (AIDS)? |
| 30. | Da | Nu | Atac de inimă, defecte ale inimii? | 41. | Da | Nu | Tumori, cancer? |
| 31. | Da | Nu | Murmurări ale inimii? | 42. | Da | Nu | Artrită, reumatism? |
| 32. | Da | Nu | Febră reumatică? | 43. | Da | Nu | Boli de ochi? |
| 33. | Da | Nu | Atac cerebral, blocări arteriale? | 44. | Da | Nu | Boli de piele? |
| 34. | Da | Nu | Tensiune crescută? | 45. | Da | Nu | Anemie? |
| 35. | Da | Nu | Astmă, tuberculoză, emfizemă, alte boli de plămîni? | 46. | Da | Nu | Boli venerice (sifilis sau blenoragie) |
| 36. | Da | Nu | Hepatită, alte boli de ficat? | 47. | Da | Nu | Herpes? |
| 37. | Da | Nu | Probleme la stomac, ulcer? | 48. | Da | Nu | Boli de rinichi, vezică urinară? |
| 38. | Da | Nu | Alergie la: medicamente, mîncare, latex? | 49. | Da | Nu | Boli de tiroidă, alte glande? |
| 39. | Da | Nu | Diabet, probleme cu inima sau tumori în familie? | 50. | Da | Nu | Diabet? |

IV. AVEȚI SAU AȚI AVUT:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|-----------------------------|-----|----|----|---------------------------------|
| 51. | Da | Nu | Tratament psihiatric? | 56. | Da | Nu | Spitalizare? |
| 52. | Da | Nu | Tratament cu radiații? | 57. | Da | Nu | Transfuzii de sînge? |
| 53. | Da | Nu | Chimoterapie? | 58. | Da | Nu | Operații chirurgicale? |
| 54. | Da | Nu | Valvă artificială la inimă? | 59. | Da | Nu | Stimulator cardiac (pacemaker)? |
| 55. | Da | Nu | Încheieturi artificiale? | 60. | Da | Nu | Lentile de contact? |

V. FOLOSIȚI

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|--|-----|----|----|-----------------------|
| 61. | Da | Nu | Droguri? | 63. | Da | Nu | Tutun în orice formă? |
| 62. | Da | Nu | Medicamente fără rețetă (inclusiv aspirină), alternative naturale? | 64. | Da | Nu | Alcohol? |

Vă rugăm să înșiruiți: _____

VI. NUMAI FEMEILE:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|---|-----|----|----|--------------------------------------|
| 65. | Da | Nu | Sunteți sau s-ar putea să fiți gravidă, sau ați născut de curînd? | 66. | Da | Nu | Luati medicamente anticoncepționale? |
|-----|----|----|---|-----|----|----|--------------------------------------|

VII. TOȚI PACIENȚII:

67. Da Nu Aveți sau ați avut alte boli sau probleme medicale care NU sunt menționate în acest chestionar?
 Dacă DA, vă rugăm să explicați _____

Am răspuns complet și corect la fiecare întrebare, cît am știut de bine. Voi informa dentistul despre orice schimbare în starea mea de sănătate și/sau tratament medical.

Semnătura pacientului: _____ Data: _____

VERIFICARE PERIODICĂ:

Semnătura pacientului: _____ Data: _____
 Semnătura pacientului: _____ Data: _____
 Semnătura pacientului: _____ Data: _____