

## Serdecznie witamy Państwa w naszym gabinecie

Dla prawidłowego i bezpiecznego przeprowadzenia leczenia stomatologicznego kluczowe znaczenie ma ogólny stan zdrowia pacjenta.

Prosimy o podanie Państwa danych osobowych oraz wypełnienie poniższej ankiety.

Przedstawione informacje objęte są tajemnicą lekarską i nie będą udostępniane ani rozpowszechniane. Jeżeli jakieś pytanie zawarte w ankiecie jest niezrozumiałe, prosimy korzystać z pomocy recepcji.

### Dane osobowe

Imię i Nazwisko \_\_\_\_\_

Data urodzenia \_\_\_\_\_

Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_

### Pytania dotyczące stanu zdrowia (proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź)

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| Czy leczy się Pan/i na jakąś chorobę?                     | TAK/NIE Jeżeli tak, to jaką? _____ |
| Czy pozostaje Pan/i pod stałą opieką lekarza specjalisty? | TAK/NIE                            |
| Czy jest Pan/i alergikiem?                                | TAK/NIE                            |
| Czy cierpi Pan/i na zaburzenia krzepnięcia krwi?          | TAK/NIE                            |
| Czy ma Pan/i nadciśnienie?                                | TAK/NIE                            |
| Czy ma Pan/i zaburzenia krążenia lub rytmu serca?         | TAK/NIE                            |
| Czy jest Pan/i nosicielem wirusa HIV?                     | TAK/NIE                            |
| Czy miał/a Pan/i wirusowe zapalenie wątroby(WZW)?         | TAK/NIE                            |
| Czy ma Pan/i zaburzenia tarczycy?                         | TAK/NIE                            |
| Czy ma Pan/i choroby żołądka, jelit lub wątroby?          | TAK/NIE                            |
| Czy ma Pan/i jaskrę?                                      | TAK/NIE                            |
| Czy jest Pan/i astmatykiem?                               | TAK/NIE                            |
| Czy jest Pani w ciąży?                                    | TAK/NIE                            |
| Czy zażywa Pan/i jakieś leki?                             | TAK/NIE                            |
| Czy pali Pan/i papierosy?                                 | TAK/NIE                            |

*Potwierdzam, że w/w przeze mnie informacje są zgodne z prawdą i aktualne.*

*Potwierdzam, że przed leczeniem będę informował/a lekarza prowadzącego na bieżąco o wszelkich zmianach dotyczących mojego stanu zdrowia.*

*Abyśmy mogli bez przeszkód systematycznie i efektywnie przeprowadzać Państwa leczenie terminy wizyt, które nie mogą być zrealizowane, prosimy odwoływać co najmniej 24h przed wizytą.*

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis