

## SĂNĂTATEA DUMNEAVOASTRĂ E IMPORTANTĂ PENTRU NOI!

Vă rugăm să completați următorul chestionar. Datele sunt STRICT CONFIDENȚIALE!

NUMELE DVS..... PRENUMELE..... VÂRSTA.....

1. Aveți dureri dentare în acest moment?  DA  NU

2. Vă este teamă de tratamentul stomatologic ?  DA  NU

3. Ați mai urmat tratamente stomatologice?  DA  NU

4. Ați efectuat în ultimii 2 ani analize medicale de rutină ?  DA  NU

5. Beneficiați de tratamente medicamentoase ?  DA  NU

Menționați care sunt acestea.....

6. Sunteți alergic?  DA  NU

Specificați substanța, alimentul etc.....

7. Suferiți de epilepsie?  DA  NU

8. Suferiți de afecțiuni precum:  nevralgii  psihoză  nevroză  schizofrenie

9. Suferiți de afecțiuni O.R.L.?  DA  NU

rinită  sinuzită  amigdalită  adenoidită

10. Aveți probleme de coagulare a sângelui?  DA  NU

11. Suferiți de boli ale sângelui?  DA  NU

Menționați care:.....

12. Suferiți de boli cardiace sau afecțiuni circulatorii?  DA  NU

Insuficiență cardiacă  Angină pectorală  Aritmii

Pace-Maker  Malformații cardiace congenitale  Proteză valvulară

Hipertensiune arterială  Hipotensiune arterială  Infarct

Accident vascular cerebral

13. Suferiți de boli infecțioase?  DA  NU  
 Hepatită  tip A  tip B  tip C  SIDA
14. Suferiți de boli ale ficatului?  DA  NU  
 Ciroză  Icter
15. Aveți probleme hormonale?  DA  NU Dacă da, de ce fel?.....
16. Aveți afecțiuni tumorale?  DA  NU Dacă da, de ce fel?.....
17. Ați beneficiat de tratamente chirurgicale?  DA  NU De care?.....
18. Pentru femei: Sunteți însărcinată?  DA  NU Dacă da, în ce lună?.....  
Câte nașteri ați avut?..... Sunteți la menopauză?  DA  NU De când?.....
19. Sunteți dependent(ă) de droguri?  DA  NU Dacă da, de ce fel?.....

**Declar toate aceste date corespunzătoare realității și sunt de acord cu efectuarea tratamentului stomatologic.**

Semnătura pacient

Data