



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



CABINET STOMATOLOGIC “DR. CERVATIUC” S.R.L.

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