



Kérdőív fogászati vizsgálat előtt

Név: _____ Leánykori név: _____

Születési hely, idő: _____

Anyja neve: _____

TAJ szám: _____

Foglalkozás: _____

Telefonszám (lakás, munkahely, mobil): _____

Cím: _____

E-mail: _____

Tagja-e Ön valamelyik egészségügyi pénztárnak? Ha igen melyiknek? _____

Honnan szerzett tudomást a Haris Fogászatról? _____

A hatékony kezelés és az esetleges szövődmények elkerülése végett kérjük, válaszoljon a következő kérdésekre:

- Az elmúlt évben volt-e változás az egészségi állapotában? Igen Nem
Ha igen, mi?

- Volt-e kórházban az elmúlt három évben? Igen Nem
Ha igen, miért?

- Szokott-e természetgyógyászhoz fordulni vagy természetgyógyászati módszereket alkalmazni egészsége megőrzése érdekében? Igen Nem
Ha igen, mit?

- Szedett-e már homeopátiás gyógyszert? Igen Nem

- Vérnyomása: alacsony normális ingadozó magas nagyon magas

- Dohányzik-e? Igen Nem
Ha igen, naponta mennyit?

- Fogyaszt-e alkoholt? Rendszeresen Alkalmanként Soha

- Használ-e kábítószer? Igen Nem

-Volt-e, van-e...	
szív és/vagy keringési betegsége?	Igen Nem
vérzékenységi problémája?	Igen Nem
cukorbetegsége?	Igen Nem
máj-, epepanasza, sárgasága?	Igen Nem
fertőző betegsége (TBC, szifilisz, AIDS)	Igen Nem
légúti betegsége, asztmája	Igen Nem
idegrendszeri betegsége?	Igen Nem
szédülése, ájulása, görcsrohama, rosszulléte?	Igen Nem
allergiája, túlérzékenysége?	Igen Nem

Ha igen, mire?

Egyéb panasza, betegsége, ami fontos lehet számunkra?

- Műtétjei:

- Rendszeresen szedett gyógyszerek:

- Szedett-e az utóbbi napokban (hetekben) gyógyszert ezeken kívül?	Igen Nem
Ha igen mit?	

- Hölgyeknek: várandós-e, vagy tervez-e a közeljövőben babát?	Igen Nem
---	----------

- Az utolsó fogászati vizsgálat, kezelés időpontja:

- Volt-e komplikációja fogászati kezelés közben?	Igen Nem
Ha igen mi?	

- Volt-e fogsabályozója?	Igen Nem
Ha igen: rögzített kivehető (éjszakai)	

- Volt-e fogköeltávolítása (depurálása)?	Igen Nem
Az utolsó depurálás időpontja:	

- Előfordul-e, hogy éjszaka (nappal) csikorgatja vagy összeszorítja a fogait?	Igen Nem
Ha igen, milyen gyakran?	

- Hányszor mos naponta fogat?

- Használ-e rendszeresen fogselymet?	Igen Nem
--------------------------------------	----------

A közölt adatok a valóságnak megfelelnek. Az időközben bekövetkező változásokról a kezelőorvosomat értesítem.

Hozzájárlok, hogy a Haris Fogászat Kft. hírlevelet küldjön számomra:

- igen
- nem

Az Adatkezelési Tájékoztatót elolvastam és tudomásul vettem.

Budapest, _____

Aláírás: _____
(Kiskorúaknál szülő aláírása)