

Επώνυμο.....  
 Όνομα.....  
 Ημερομηνία γέννησης.....

**Ερωτηματολόγιο ασθενών**

Η απάντηση των παρακάτω ερωτήσεων έχει πολύ μεγάλη σημασία για την θεραπευτική σας αγωγή. Αν έχετε απορίες σχετικά με τις παρακάτω ερωτήσεις, παρακαλώ απευθυνθείτε στον θεράποντα ιατρό.

- | <b>☞ Παρακαλώ σημειώστε αντιστοίχως:</b>   | <b>Ναι</b>               | <b>Όχι</b>               |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Πρόκειται για ατύχημα στον εργασιακό σας χώρο ή στο σχολείο;  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Υπήρξε κατά την διάρκεια του τελευταίου χρόνου κάποια αλλαγή στην κατάσταση της υγείας σας ή παρατηρήσατε σημαντική απώλεια βάρους;                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ήσασταν τον τελευταίο καιρό υπό ιατρική παρακολούθηση;<br>Ποιος είναι ο οικογενειακός σας γιατρός; . . . . . Ποιος είναι ο οδοντίατρός σας; . . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Παίρνετε συστηματική φαρμακευτική αγωγή;<br>Αν ναι, παρακαλώ σημειώστε τα φάρμακα στην πίσω σελίδα αυτού του εντύπου.                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Έχετε κάποια αλλεργία; (Υπερευαισθησία;)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Έχετε καρδιακά προβλήματα, κάποια καρδιοπάθεια ή βαλβιδοπάθεια;   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Έχετε υπέρταση; (Γνωρίζετε την πίεσή σας; . . . . .)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Έχετε βηματοδότη;   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Έχετε ή είχατε στο παρελθόν κάποια πάθηση του αναπνευστικού συστήματος ή των πνευμόνων; (Ασθμα, φυματίωση;)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Έχετε ζάχαρο; (Είστε διαβητικός;)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Πάσχετε από διαταραχές του πηκτικού μηχανισμού (αργεί το αίμα σας να πήξει μετά από τραυματισμούς;)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Έχετε/είχατε παθήσεις του θυρεοειδούς; Υπερθυρεοειδισμός <input type="checkbox"/> Υποθυρεοειδισμός <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Έχετε/ είχατε κάποια πάθηση των νεφρών;  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Έχετε/ είχατε κάποια πάθηση του ήπατος; (Ίκτερος, ηπατίτιδα A, B, C)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Πάσχετε από λιποθυμικές κρίσεις ή σπασμούς; (Επιληψία;)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Έχετε γλαύκωμα;  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Είχατε στο παρελθόν οξύ ρευματικό πυρετό;  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Χρειάζεστε αντιβιοτικό πριν από την οδοντιατρική θεραπεία;   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Πάσχετε από κάποιο λοιμώδες νόσημα;  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Σας έχει γίνει ποτέ έλεγχος για HIV (AIDS);  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Πάσχετε από κάποια πάθηση ή έχετε ενοχλήσεις που δεν έχουν ήδη αναφερθεί; . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Γυναίκες ασθενείς: Είστε ή υπάρχει πιθανότητα να είστε έγγυος;   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Προσήλθατε: - για ενημέρωση;   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - για θεραπεία επείγοντος περιστατικού;  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - για ολική αποκατάσταση (θεραπεία) του στόματος;  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - μέσω παραπομπής από . . . . .  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Δεχτήκατε τον τελευταίο χρόνο οδοντιατρική περίθαλψη;  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Προσωπικά σχόλια/ παρατηρήσεις/ επιθυμίες: . . . . .

**Ημερομηνία**                      **Υπογραφή**

überprüft/aktualisiert:                      Datum: . . . . .                      Behandler: . . . . .