

**Nume** .....

**Prenume** .....

**Data nasterii** .....

**Chestionar destinat pacientilor**

Raspunsurile la urmatoarele intrebari sunt de o insemnatate deosebita pentru desfasurarea tratamentului dvs. Daca aveti nedumeriri in legatura cu acestea, va rugam sa contactati medicul curant

**☞ Marcati cu o cruce raspunsurile corespunzatoare:**

**Da Nu**

- |  |                          |  |                          |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. Va prezentati in urma unui accident suferit la locul de munca sau la scoala ?   | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| 2. S-a modificat ceva in starea dvs de sanatate in decursul ultimului an sau ati pierdut in greutate?                                | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Urmati in prezent un tratament medical?<br>Medicul dvs. de familie ..... Medicul dvs.stomatolog de familie? .....                 | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| 4. Urmati un tratament medicamentos? Daca da, va rugam sa notati numele medicamente? lor pe verso.                                   | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| 5. Tindeti la alergii (reactii de hipersensibilitate)?   | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| 6. Suferiti de afectiuni cardiace, defecte cardiace innascute sau dobandite?   | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| 7. Sunteti hipertensiv? (Numiti ultima valoare a tensiunii arteriale daca o cunoasteti. ....)  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| 8. Purtati un pacemaker cardiac?   | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ati suferit sau suferiti de afectiuni pulmonare sau ale cailor respiratorii (astm, tuberculoza)?                                  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| 10. Suferiti de diabet zaharat?  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| 11. Aveti tulburari de coagulare sangvina, tindeti la sangerari prelungite dupa raniri?  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ati suferit/suferiti de afectiuni ale glandei tiroide? Hiperfunctie <input type="checkbox"/> Subfunctie <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| 13. Ati suferit/suferiti de o boala a rinichilor?  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| 14. Ati suferit/suferiti de afectiuni ale ficatului ( <i>Galbenare</i> ; Hepatita A, - B, - C)?                                      | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| 15. Ati suferit /suferiti de boli convulsive (epilepsie)? _____  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| 16. Suferiti de glaucom?   | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| 17. Ati avut febra reumatoida?   | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| 18. Va este cunoscut faptul ca inaintea unui tratament stomatologic necesitati un antibiotic?  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| 19. Suferiti momentan de o afectiune infectioasa acuta?  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| 20. Ati fost examinat pentru HIV (SIDA)?   | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| 21. Suferiti de afectiuni care nu au fost amintite mai sus? .....  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| 22. Pentru paciente: sunteti insarcinata sau exista aceasta posibilitate?  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| 23. Va prezentati: - pentru consiliere   | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| - pentru tratament de urgenta  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| - pentru asanare (tratament complex in clinica)  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| - cu trimitere de la .....   | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |
| 24. Ati fost in tratament stomatologic in decursul ultimului an?   | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |

Observatii/ Completari/ Dorinte speciale: .....

**Data**

**Semnatura**

*überprüft/aktualisiert:*

*Datum: .....*

*Behandler: .....*