

Formulario para pacientes



Zahnarztpraxis
Dr. Dana L. Marian

Berger Straße 40-42
60316 Frankfurt
Telefon 069 444996
Fax 069 43054751

Apellido:
Nombre del paciente:
Dirección:
Nacido el:
E-Mail:
Profesión/Patrono:
Apellido:
Dirección:

Teléfono (privado):
(oficial):
Teléfono:
Médico de cabecera:

¡Rogamos conteste lo más exactamente posible a las siguientes preguntas relativas a su estado de salud! Las especificaciones están sometidas al secreto médico y a las disposiciones de la protección de datos y serán tratadas absolutamente confidenciales.

Enfermedades cardiocirculatorias:

Ataques (epilepsia)	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Alta tensión	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Asma/Enfermedades pulmonares	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Baja tensión	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Defectos de la coagulación sanguínea	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Defecto valvular	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Diabetes	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Válvula cardiaca artificial	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Drogadicción	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Marcapasos	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Enfermedad nerviosa	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Endocarditis	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Enfermedad de los riñones	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Operación del corazón	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Desmayos	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Osteoporosis	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Neutropenia de alto grado	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Fumador	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Mucoviscidosis	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Reuma/Artritis	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Órganos trasplantados	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Enfermedad de la glándula tiroides	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no
Células germinales trasplantadas	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	Otras enfermedades:		

Enfermedades infecciosas:

Infección por VIH/Estado SIDA sí no
Enfermedades hígado/Hepatitis sí no
Tuberculosis sí no
Otras enfermedades infecciosas sí no

¿Está embarazada? sí no
Si es así, ¿de qué mes? mes

Alergias o intolerancias:

Anestesia local/Inyecciones sí no
Antibióticos sí no
Analgésicos sí no
Metales:

¿Se le han hecho ya radiografías adicionales de los dientes? sí no
Si es así, ¿cuándo?

¿Qué medicinas toma con regularidad o ahora mismo?

¿Toma bisfosfonatos? sí no desde

¿Realiza una quimioterapia medicamentosa? sí no desde

¿Realiza una radioterapia porque padece de cáncer? sí no desde

¿Toma esteroides de alta dosificación/Inmunosupresores? sí no desde

Declaro estar de acuerdo con que se almacenen, procesen y aprovechen mis datos para ser incluidos en el sistema Recall.

Me obligo a comunicar de inmediato todos los cambios que tengan lugar durante todo el período terapéutico. Me obligo igualmente a observar las fechas del tratamiento acordadas o bien a anular la fecha acordada como mínimo 24 horas antes. Sé que si no anulo o bien no anuló a tiempo las fechas acordadas, se me pondrán poner en factura.

Estoy de acuerdo que para las prestaciones odontológicas o protésicas que mi odontólogo/odontóloga tenga que abonar por anticipado se consulte a una institución protectora de créditos o a una agencia de informes sobre la solvencia, en caso de que fuere necesario.

....., a

Firma: