

Chestionar pentru pacienți



Zahnarztpraxis
Dr. Dana L. Marian

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

Numele:
prenumele pacientul:
Adresa:
născut(ă) la data de:
E-Mail:
Profesia/ Angajatorul:
Numele:
Adresa:

Telefon (privat):
(la serviciu):
Telefon:
Medicul de familie:

Vă rugăm să răspundeți cât mai precis la întrebările de mai jos, care se referă la starea dumneavoastră de sănătate!
Informațiile pe care le furnizați prin acest chestionar sunt protejate atât de secretul profesional medical, cât și de legislația privitoare la protecția datelor, toate informațiile fiind tratate cu cea mai severă confidențialitate

Boli care se manifestă prin crize:

Boli cardio-vasculare:	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu	Hipertensiune arterială	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu
(Epilepsie)	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu	Hipotensiune arterială	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu
Boli astmatice/Boli ale plămânilor	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu	Valvulopatie cardiacă	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu
Tulburări ale coagulării sângelui	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu	Proteză valvulară cardiacă	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu
Diabet zaharat	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu	Stimulator cardiac	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu
Dependență de droguri	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu	Endocardită	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu
Boli ale sistemului nervos	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu	Operații pe cord	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu
Boli ale rinichilor	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu	Lipotimii (leșinuri)	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu
Neutropenie de grad ridicat	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu	Osteoporoză	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu
Mucoviscidoză	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu	Fumător	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu
Transplant de organe	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu	Boli reumatice/Artrită	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu
Transplant de celule stem	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu	Boli ale glandei tiroide	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> nu

Other diseases:

Boli infecțioase:

Infecție HIV/Stadiul SIDA da nu
Boli hepatice/Hepatită da nu
Tuberculoză da nu
Alte boli infecțioase da nu

Sunteți gravidă? da nu
Dacă da, în ce lună? În luna a.....

Alergii diverse respectiv intoleranțe:

Anestezie locală/injecții da nu
Antibiotice da nu
Analgizice da nu
Metale:

V-au fost executate în trecut radiografiile dentare? da nu
Dacă da, când anume?

Care anume medicamente vi se administrează în prezent în mod regulat? de la data de

Vi se administrează bifosfonați? da nu de la data de
Vă aflați sub chimioterapie medicamentoasă? da nu de la data de
Vă aflați sub radioterapie din cauza unei afecțiuni oncologice? da nu de la data de
Vi se administrează în doze mari steroizi / imunosupresive? da nu de la data de

Mă declar prin prezenta de acord cu stocarea electronică, cu prelucrarea și cu utilizarea datelor mele în vederea înscrierii în sistemul Recall. Mă oblig să aduc fără întârziere la cunoștință eventuale modificări ale datelor de mai sus, dacă ele se produc pe toată durata tratamentului. Mă oblig de asemenea să respect termenele stabilite de comun acord pentru ședințele de tratament, respectiv să anunț cu cel puțin 24 de ore înainte, dacă nu mă voi putea prezenta la termenul stabilit. Îmi este cunoscut faptul că mi se pot eventual factura costurile, pricinuite cabinetului datorită neprezentării mele la termenele stabilite, dacă nu voi fi anunțat imposibilitatea prezentării mele la acel termen cu cel puțin 24 de ore înainte.

Sunt de acord ca în acele cazuri, în care am nevoie de lucrări de medicină sau de tehnică dentară de mai mare anvergură, pentru care medicul meu stomatolog trebuie să achite în avans și din fondurile sale proprii anumite sume laboratorului de tehnică dentară, să se ceară o informație privitoare la bonitatea mea de la o unitate specializată în protecția creditelor sau de la un birou de specializat în investigații.

..... , la data de Semnătura: