

FORMULAR PACIENT NOU

INFORMAȚII PERSONALE

Nume

Prenume

Sex

Data nașterii

 / /

Adresa

Telefon

Adresa de email

Modalitatea prin care doriți să fiți contactat(ă)

Telefon Email Text

Ocupația

Medicul stomatolog anterior

Ultima vizită la dentist

 / /

Cum ați aflat despre noi?

CONTACT ÎN CAZ DE URGENȚĂ

În caz de urgență, există o persoană apropiată pe care doriți să o contactăm?

Nume

Prenume

Tipul relației

Telefon

ISTORICUL MEDICAL DENTAR

De ce ați venit astăzi la dentist?

Înainte de tratamentul stomatologic aveți nevoie de tratament cu antibiotice?

Da Nu

În acest moment manifestați vreo durere?

Da Nu

Vă sângerează gingiile în mod curent?

Da Nu

Ați avut vreodată vreo problemă gravă/dificilă asociată cu orice activitate dentară anterioară?

Da Nu

Aveți acum sau ați experimentat vreodată dureri/disconfort în articulația temporo-mandibulară?

Da Nu

Fumați sau utilizați tutun sub orice altă formă?

Da Nu

De câte ori pe zi vă spălați pe dinți?

De câte ori pe săptămână folosiți ața dentară?

Sănătatea dvs. dentară actuală este

Bună Rezonabilă Deficitară

INFORMAȚII MEDICALE GENERALE

Sănătatea dvs. actuală este

Bună Rezonabilă Deficitară

Luați orice medicament eliberat pe bază de rețetă/fără prescripție medicală sau supliment?

Da Nu

Pentru femei: sunteți însărcinată?

Da Nu

Alăptați?

Da Nu

Ați avut vreodată vreuna dintre următoarele boli sau probleme medicale grave?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sângerări anormale | <input type="checkbox"/> Hepatită |
| <input type="checkbox"/> Dependente | <input type="checkbox"/> Herpes |
| <input type="checkbox"/> Anemie | <input type="checkbox"/> Hipertensiune arterială |
| <input type="checkbox"/> Artrită | <input type="checkbox"/> HIV+/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Oase/articulații/
supape artificiale | <input type="checkbox"/> Internări în spital de
orice natură |
| <input type="checkbox"/> Astm | <input type="checkbox"/> Probleme ale rinichilor |
| <input type="checkbox"/> Transfuzii de sânge | <input type="checkbox"/> Probleme ale ficatului |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Hipotensiune arterială |
| <input type="checkbox"/> Colită | <input type="checkbox"/> Prolaps de valvă mitrală |
| <input type="checkbox"/> Stimulator cardiac | <input type="checkbox"/> Defect cardiac congenital |
| <input type="checkbox"/> Diabet | <input type="checkbox"/> Probleme psihiatrice |
| <input type="checkbox"/> Respirație dificilă | <input type="checkbox"/> Tratament cu radiații |
| <input type="checkbox"/> Emfizem | <input type="checkbox"/> Febra reumatică/scarlatină |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Convulsii |
| <input type="checkbox"/> Leșin | <input type="checkbox"/> Zona Zoster |
| <input type="checkbox"/> Cefalee frecventă | <input type="checkbox"/> Boala falciformă |
| <input type="checkbox"/> Glaucom | <input type="checkbox"/> Probleme ale sinusurilor |
| <input type="checkbox"/> Rinită alergică | <input type="checkbox"/> AVC |
| <input type="checkbox"/> Infarct | <input type="checkbox"/> Probleme tiroidiene |
| <input type="checkbox"/> Murmur cardiac | <input type="checkbox"/> TBC |
| <input type="checkbox"/> Operație pe inimă | <input type="checkbox"/> Ulcere |
| <input type="checkbox"/> Hemofilie | <input type="checkbox"/> Boli venerice |

Altele

Sunteți alergic la oricare dintre următoarele?

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Aspirină | <input type="checkbox"/> Latex |
| <input type="checkbox"/> Codeină | <input type="checkbox"/> Metale |
| <input type="checkbox"/> Penicilină | <input type="checkbox"/> Anestezice dentare |
| <input type="checkbox"/> Eritromicină | <input type="checkbox"/> Tetraciclină |
| <input type="checkbox"/> Bijuterii | |

Altele

CONFIRMARE

Admit că informațiile pe care le-am dat astăzi sunt conforme. Înțeleg, de asemenea, că aceste informații vor fi păstrate în cea mai strictă confidență și este responsabilitatea mea să informez acest cabinet cu privire la orice schimbări în starea mea medicală.

Autorizez personalul stomatologic să efectueze orice servicii dentare necesare de care aş putea avea nevoie în timpul diagnosticului și tratamentului cu acordul meu informat.

DE UZ INTERN

Am analizat verbal informațiile medicale/dentare de mai sus cu pacientul numit aici.

Inițiale

Data

 / /

Comentarii

Plata se efectuează integral la momentul tratamentului, cu excepția cazului în care au fost aprobate aranjamente prelabile.

Data

 / /

Semnătura