

Hungarian

Beteg neve: _____ Beteg száma: _____
 Születési dátum: _____

I. KARIKÁZZA BE A MEGFELELŐ VÁLASZT. (Ha a kérdést nem érti, ne jelölje meg)

- | | | | |
|----|------|-----|--|
| 1. | Igen | Nem | Jó az Ön általános egészségi állapota? |
| 2. | Igen | Nem | Volt-e bármilyen változás az egészségi állapotában az elmúlt egy évben? |
| 3. | Igen | Nem | Volt-e kórházban vagy volt-e súlyos betegsége az elmúlt három évben?
Ha IGEN, miért? _____ |
| 4. | Igen | Nem | Jelenleg orvosi kezelés alatt áll-e? Miért? _____
Az utolsó orvosi kivizsgálása mikor volt? _____ Az utolsó fogorvosi ellenőrzése mikor volt? _____ |
| 5. | Igen | Nem | Volt-e bármilyen problémája korábban fogorvosi kezeléssel? |
| 6. | Igen | Nem | Van-e fájdalma jelenleg? |

II. VOLTAK-E ILYEN TÜNETEI?

- | | | | | | | | |
|-----|------|-----|---|-----|------|-----|-------------------------------|
| 7. | Igen | Nem | Mellkasi fájdalom? (Angina) | 18. | Igen | Nem | Szédülés? |
| 8. | Igen | Nem | Duzzadt boka? | 19. | Igen | Nem | Fülzúgás? |
| 9. | Igen | Nem | Légszomj? | 20. | Igen | Nem | Fejfájás? |
| 10. | Igen | Nem | A közelmúltban fogyott-e, volt-e láza, éjszakai izzadása? | 21. | Igen | Nem | Roszsullét, ájulás? |
| 11. | Igen | Nem | Állandó köhögés, véres váladék? | 22. | Igen | Nem | Látási zavarok? |
| 12. | Igen | Nem | Vérzékenység? Gyakran keletkezik véraláfutása? | 23. | Igen | Nem | Epilepsziás vagy egyéb roham? |
| 13. | Igen | Nem | Arcüreg és orrüreg problémák? | 24. | Igen | Nem | Túlzott szomjúság? |
| 14. | Igen | Nem | Nehéz nyelés? | 25. | Igen | Nem | Gyakori vizelet? |
| 15. | Igen | Nem | Hasmenés, szorulás, véres széklet? | 26. | Igen | Nem | Száj szárazság? |
| 16. | Igen | Nem | Gyakori hányás, hányinger? | 27. | Igen | Nem | Sárgaság? |
| 17. | Igen | Nem | Vizeletelési nehézségek, véres vizelet? | 28. | Igen | Nem | Izületi fájdalmak, merevség? |

III. VAN-E VAGY VOLT-E ÖNNEK:

- | | | | | | | | |
|-----|------|-----|--|-----|------|-----|---|
| 29. | Igen | Nem | Szívbetegsége? | 40. | Igen | Nem | AIDS-es? |
| 30. | Igen | Nem | Szívrohama, születési szívrendellenességei? | 41. | Igen | Nem | Volt-e daganata, rákos daganata? |
| 31. | Igen | Nem | Szívzöreje? | 42. | Igen | Nem | Izületi gyulladása, reumája? |
| 32. | Igen | Nem | Reumás láza? | 43. | Igen | Nem | Szembetegsége? |
| 33. | Igen | Nem | Agyvérzése, érelmeszesedése? | 44. | Igen | Nem | Bőrbetegsége? |
| 34. | Igen | Nem | Magas vérnyomása? | 45. | Igen | Nem | Vérszegénysége? |
| 35. | Igen | Nem | Asztmája, tüdőbaja, tüdőátulása, más tüdőbetegsége? | 46. | Igen | Nem | Nemi betegsége? (szifilisz vagy kankó?) |
| 36. | Igen | Nem | Májgyulladás, vagy más májbetegsége? | 47. | Igen | Nem | Herpesze? |
| 37. | Igen | Nem | Gyomorzavarai, fekélye? | 48. | Igen | Nem | Vesebetegsége vagy hólyag betegsége? |
| 38. | Igen | Nem | Allergiái: gyógyszerre, ételre, latexre? | 49. | Igen | Nem | Pajzsmirigy vagy mellékvese zavarai? |
| 39. | Igen | Nem | Volt-e a családjában cukorbeteg, szívbeteg, rákos daganatban szenvedő? | 50. | Igen | Nem | Cukorbetegsége? |

IV. MOST VAGY A MÚLTBAN?

- | | | | | | | | |
|-----|------|-----|-------------------------------------|-----|------|-----|-----------------------|
| 51. | Igen | Nem | Volt-e pszichiátriai kezelés alatt? | 56. | Igen | Nem | Kezelték-e kórházban? |
| 52. | Igen | Nem | Kapott sugárkezelést? | 57. | Igen | Nem | Volt vérátömlesztése? |
| 53. | Igen | Nem | Kemoterápiás kezelést? | 58. | Igen | Nem | Műtétjei? |
| 54. | Igen | Nem | Van mesterséges szívbillentyűje? | 59. | Igen | Nem | Van pacemaker-je? |
| 55. | Igen | Nem | Van-e izület protézise? | 60. | Igen | Nem | Hord kontaktlencsét? |

V. SZED-E ÖN:

- | | | | | | | | |
|-----|------|-----|--|-----|------|-----|---------------------------------|
| 61. | Igen | Nem | “Könnyű” drogokat? | 63. | Igen | Nem | Dohányzik, pipázik, szivarozik? |
| 62. | Igen | Nem | Gyógyszereket, (vényköteles vagy vény nélküli) (beleértve aszpirint), természetes alapanyagú szereket? | 64. | Igen | Nem | Fogyaszt alkoholt? |

Kérem, sorolja fel: _____

VI. CSAK NŐK TÖLTSEK KI:

- | | | | | | | | |
|-----|------|-----|---|-----|------|-----|------------------------|
| 65. | Igen | Nem | Terhes-e most, vagy lehetséges, hogy terhes? Szoptat? | 66. | Igen | Nem | Szed-e fogamzásgátlót? |
|-----|------|-----|---|-----|------|-----|------------------------|

VII. MINDEN BETEG TÖLTSE KI:

- | | | | |
|-----|------|-----|---|
| 67. | Igen | Nem | Van-e vagy volt-e olyan betegsége ami fent NEM volt felsorolva? |
|-----|------|-----|---|

Ha igen, részletezze: _____

Legjobb tudomásom szerint minden kérdésre teljesen és a valóságnak megfelelően válaszoltam. Fogorvosomat értesíteni fogom, ha az egészségi állapotomban, és/ vagy gyógyszeres kezelésemben változás történik.

Beteg aláírása: _____ Dátum: _____

VÁLTOZÁSOK VISSZATÉRŐ BETEG ESETÉN:

- | | | |
|----|-----------------------|--------------|
| 1. | Beteg aláírása: _____ | Dátum: _____ |
| 2. | Beteg aláírása: _____ | Dátum: _____ |
| 3. | Beteg aláírása: _____ | Dátum: _____ |