

Numele Pacientului: _____ Numărul Pacientului: _____
 Születési dátum: _____

I. INCONJURAȚI RĂSPUNSUL CORECT (nu răspundeți la întrebările care nu le înțelegeți):

- | | | | |
|----|----|----|---|
| 1. | Da | Nu | Este bună starea dvs. generală de sănătate? |
| 2. | Da | Nu | A existat vre schimbare de sănătate în decursul anului trecut? |
| 3. | Da | Nu | A-ți fost internat în spital sau a-ți suferit de o boală gravă în ultimii trei ani?
Dacă DA, de ce? _____ |
| 4. | Da | Nu | Sunteți tratat acum de un medic? Pentru ce? _____
Data ultimului examen medical _____ Data ultimului examen dental _____ |
| 5. | Da | Nu | A-ți avut probleme în urma unui tratament dental anterior? |
| 6. | Da | Nu | Aveți dureri acum? |

II. A-ȚI EXPERIMENTAT:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|---|-----|----|----|-------------------------------------|
| 7. | Da | Nu | Durere în piept (angina)? | 18. | Da | Nu | Amețeală? |
| 8. | Da | Nu | Umflarea picioarelor? | 19. | Da | Nu | Piuit în urechi? |
| 9. | Da | Nu | Probleme de respirație? | 20. | Da | Nu | Dureri de cap? |
| 10. | Da | Nu | Recentă pierdere de greutate, febră, transpirație în timpul nopții? | 21. | Da | Nu | Leșinări? |
| 11. | Da | Nu | Tusă persistentă, tusă cu sânge? | 22. | Da | Nu | Vedere neclară? |
| 12. | Da | Nu | Probleme de sângerare, sensibilitate a pielii? | 23. | Da | Nu | Apucături cu spasme? |
| 13. | Da | Nu | Probleme de sinus? | 24. | Da | Nu | Însetare excesivă? |
| 14. | Da | Nu | Dificultate la înghițire? | 25. | Da | Nu | Urinare frecventă? |
| 15. | Da | Nu | Diaree, constipație, sângerare în timpul scaunului? | 26. | Da | Nu | Lipsă de salivă? |
| 16. | Da | Nu | Vomitare frecventă, greață? | 27. | Da | Nu | Gălbenare sau hepatită? |
| 17. | Da | Nu | Dificultate în urinare, sânge în urină? | 28. | Da | Nu | Durere, înțepenie a încheieturilor? |

III. AVEȚI SAU A-ȚI AVUT:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|---|-----|----|----|---|
| 29. | Da | Nu | Boală de inimă? | 40. | Da | Nu | SIDA (AIDS)? |
| 30. | Da | Nu | Atac de inimă, defecte la inimă? | 41. | Da | Nu | Tumori, cancer? |
| 31. | Da | Nu | Murmurări ale inimii? | 42. | Da | Nu | Artrită, reumatism? |
| 32. | Da | Nu | Febră reumatică? | 43. | Da | Nu | Boli de ochi? |
| 33. | Da | Nu | Atac cerebral, închideri de artere? | 44. | Da | Nu | Boli de piele? |
| 34. | Da | Nu | Tensiune ridicată? | 45. | Da | Nu | Anemie? |
| 35. | Da | Nu | Astmă, tuberculoză, "emphysemă", alte boli de plămâni? | 46. | Da | Nu | Boli venerice "VD" (sifilis sau gonorrhea)? |
| 36. | Da | Nu | Hepatită, alte boli de ficat? | 47. | Da | Nu | Herpes? |
| 37. | Da | Nu | Probleme de stomac, ulcer? | 48. | Da | Nu | Boli de rinichi, vezică urinară? |
| 38. | Da | Nu | Alergie la: medicamente, mâncare, tratamente medicale, latex? | 49. | Da | Nu | Boli de tiroidă, adrenalină? |
| 39. | Da | Nu | Istorie de diabet în familie, probleme de inimă, tumori? | 50. | Da | Nu | Diabet? |

IV. AVEȚI SAU A-ȚI AVUT:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|------------------------------|-----|----|----|--|
| 51. | Da | Nu | Tratament psihiatric? | 56. | Da | Nu | Spitalizare? |
| 52. | Da | Nu | Tratament cu radiații? | 57. | Da | Nu | Transfuzii de sânge? |
| 53. | Da | Nu | Chimoterapie? | 58. | Da | Nu | Operații chirurgicale? |
| 54. | Da | Nu | Supapă artificială la inimă? | 59. | Da | Nu | Aparat de corectare a bătăii inimii "Pacemaker"? |
| 55. | Da | Nu | Încheieturi artificiale? | 60. | Da | Nu | Lentile de contact? |

V. FOLOSIȚI:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|--|-----|----|----|-----------------------|
| 61. | Da | Nu | Medicamente recreative? | 63. | Da | Nu | Tutun în orice formă? |
| 62. | Da | Nu | Medicamente, tratamente, medicamente fără prescripție (inclusiv Aspirină), alternative naturale? | 64. | Da | Nu | Alcool? |

Vă rugăm să înșiruiți: _____

VI. NUMAI FEMEILE:

- | | | | | | | | |
|-----|----|----|---|-----|----|----|------------------------------|
| 65. | Da | Nu | Sunteți sau a-ți putea fi gravidă, sau în perioada de după naștere? | 66. | Da | Nu | Folosiți pilule "anti-baby"? |
|-----|----|----|---|-----|----|----|------------------------------|

VII. TOȚI PACIENȚII:

- | | | | |
|-----|----|----|--|
| 67. | Da | Nu | Aveți sau a-ți avut alte boli sau probleme medicale care NU sunt menționate în acest formular? |
|-----|----|----|--|
- Dacă da, vă rugăm explicați: _____

Am răspuns complet și corect la fiecare întrebare, conform cunoștințelor mele cele mai bune. Voi informa dentistul de orice schimbare în sănătate și/sau tratament medical.

Semnătura pacientului: _____ Data: _____

SUMARIZARE LA CONTROL:

- | | | |
|----|------------------------------|-------------|
| 1. | Semnătura pacientului: _____ | Data: _____ |
| 2. | Semnătura pacientului: _____ | Data: _____ |
| 3. | Semnătura pacientului: _____ | Data: _____ |