



Опитувальник здоров'я для пацієнтів

Шановні пацієнти!

Перш ніж ми зможемо обговорити ваші стоматологічні побажання, нам потрібна інформація про загальний стан вашого здоров'я на додаток до ваших особистих даних. Це пов'язано з тим, що загальні захворювання також можуть впливати на стоматологічне лікування. Тому ми просимо Вас заповнити цю форму історії хвороби.

Звичайно, вся інформація є лікарською таємницею.

Якщо Вам потрібна допомога в заповненні форми, будь ласка, звертайтеся до нас.

Пацієнт			
Прізвище		Ім'я та прізвище	Дата та місце народження
Вулиця та номер будинку		Поштовий індекс та місце проживання	
Номер телефону	Номер мобільного телефону		адреса електронної пошти
Ви маєте освіту у сфері догляду? <input type="radio"/> Ні Якщо так, то який саме? <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5			
Медичне страхування <input type="radio"/> Застраховані в обов'язковому порядку <input type="radio"/> Добровільно застраховані <input type="radio"/> Приватне страхування <input type="radio"/> Додаткове страхування			
Страховальник/платник/представник (Заповнюйте тільки в тому випадку, якщо не вказано в розділі "Пацієнт")			
Прізвище		Ім'я та прізвище	Дата та місце народження
Вулиця та номер будинку		Поштовий індекс та місце проживання	
Номер телефону	Номер мобільного телефону		адреса електронної пошти
Мій сімейний лікар			
Прізвище		Ім'я та прізвище	Номер телефону
Чому ви прийшли до нас? (Ключових слів достатньо)			
Будь ласка, надайте нам наступну інформацію про захворювання			
<input type="radio"/> Захворювання серця			
<input type="radio"/> Серцева недостатність <input type="radio"/> Нерегулярне серцебиття <input type="radio"/> Кардіостимулятор <input type="radio"/> У мене є паспорт серця			
<input type="radio"/> Захворювання системи кровообігу			
<input type="radio"/> Високий кров'яний тиск <input type="radio"/> Низький кров'яний тиск <input type="radio"/> Серцевий напад, коли? _____			
<input type="radio"/> Інсульт, коли? _____ <input type="radio"/> Чи приймаєте ви антикоагулянти, якщо так, то які? _____			
<input type="radio"/> Запаморочення/непритомність		<input type="radio"/> СНІД, ВІЛ-позитивні	<input type="radio"/> Хвороба Крейтцфельда-Якоба
<input type="radio"/> MRSA ("лікарняні мікроби")		<input type="radio"/> Інше: _____	

- Онкологічні захворювання** Коли? _____ Де? _____
- Органи чуття** Порушення слуху/слуховий апарат/шум у вухах Морські обмеження Інше _____
- Інші захворювання** _____
- Захворювання крові** Схильність до кровотеч (гемофілія) Анемія Інше _____
- Опорно-руховий апарат** Захворювання кісткової системи Біль у спині та суглобах Штучні суглоби
 Ревматизм/поліартрит/подагра Розсіяний склероз Кістковий метаболізм (остеопороз)
- Інші захворювання** Захворювання щитовидної залози (Гіперфункція Гіпофункція) Діабет
 Шлунково-кишкові захворювання Захворювання печінки Захворювання нирок і сечового міхура
- Алергія** Астма Підвищена чутливість до пеніциліну У мене є паспорт алергіка
 Підвищена чутливість до: _____
- Інфекційні захворювання** Запалення печінки/жовтяниця (гепатит А/В) Туберкульоз
 Хронічні захворювання дихальних шляхів (кашель тощо)

Додаткова інформація

- Медикаментозне лікування** Я не приймаю жодних ліків У мене є план лікування (будь ласка, надайте копію)
 Я регулярно приймаю такі ліки: _____

 (Будь ласка, також вкажіть снодійні, знеболюючі, транквілізатори та проносні)
 Ліки від порушень кісткового метаболізму
 (наприклад, бісфосфонати, також вкажіть, якщо ви більше не приймаєте їх)
 Наступні ліки мені не допомогли: _____
- Вагітність** Вагітність є (тиждень: _____) Я не вагітна
- Залежності** Куріння (_____ сигарет на день) Наркотики Наркотики (які саме): _____
- Рентген** Востаннє мені робили рентген: _____ У мене є рентгенівська картка
- Зуби та рот** Я задоволений своїми зубами Я незадоволений своїми зубами
- Догляд за зубами** Які засоби для догляду за зубами ви використовуєте? Ручна зубна щітка
 Електрична зубна щітка Міжзубні щітки Зубна нитка Іригатор для порожнини рота Інше: _____
- Професійне чищення зубів** регулярно _____ разів на рік
- Паспорти** Бонусний буклет Паспорт імплантату
- На лікування** Є люди або речі, які повинні бути там, коли я приїжджаю на лікування.
 У мене і раніше були проблеми з лікуванням зубів.
 Я надаю особливого значення лікуванню під місцевою анестезією.
- Рекомендація** Рекомендовано/згадано: _____

X

Місце, дата

Підпис пацієнта

Підпис законного представника

Захист даних / обробка персональних даних

Ваші дані про лікування в нашій клініці зберігаються в електронному вигляді; вони підпадають під дію законодавчих положень про захист даних (Загальний регламент ЄС про захист даних (GDPR), Федеральний закон про захист даних (BDSG)). Ми надали вам інформацію про обробку ваших персональних даних. Будь ласка, підтвердіть отримання інформації, підписавши її.

Зауваження від нашого імені

Ми вимагаємо вашу картку медичного страхування під час кожного візиту до клініки. Якщо ми не отримуємо вашу страхову картку протягом 14 днів після звернення, ми будемо розглядати вас як приватного пацієнта, і ви отримаєте приватний рахунок за лікування.

Ми працюємо за системою попереднього запису. Якщо ви не можете прийти на прийом, будь ласка, скасуйте його завчасно (щонайменше за 24 години). Звертаємо вашу увагу, що ми можемо стягувати плату за пропущені без поважних причин зустрічі.

Щиро дякуємо!

X

Місце, дата

Підпис пацієнта

Підпис законного представника