

Serdecznie witamy Państwa w naszym gabinecie

W celu przedyskutowania w spokoju Państwa stomatologicznych problemów i oczekiwań, prosimy oprócz Państwa danych osobowych uzupełnić ankietę o ogólnym stanie zdrowia. Ma to istotne znaczenie dla przeprowadzenia prawidłowej terapii. Przedstawione informacje podlegają tajemnicy lekarskiej. Jeśli jakieś pytanie zawarte w ankiecie jest niezrozumiałe, prosimy korzystać z pomocy recepcji.

Zgłoszenie i wywiad stomatologiczny:

1. Dane osobowe:

Imię i Nazwisko: _____
Data urodzenia: _____
Adres: _____
Telefon kontaktowy: _____
e-mail: _____

Jak Państwo do nas trafili? Internet ulotka informacyjna reklama zewnętrzna z polecenia
Kto Państwu polecił nasz gabinet? _____

2. Pytania dotyczące stanu zdrowia (proszę zaznaczyć wybraną odpowiedź):

Czy leczy się Pan/i na jakąś chorobę ogólną?	NIE	TAK	Jeśli tak, to jaką? _____
Czy jest Pan/i alergikiem?	NIE	TAK	
Czy cierpi Pan/i na zaburzenia krzepliwości krwi?	NIE	TAK	
Czy ma Pan/i nadciśnienie tętnicze?	NIE	TAK	
Czy ma Pan/i zaburzenia krążenia lub rytmu serca?	NIE	TAK	
Czy jest Pan/i HIV pozytywny?	NIE	TAK	
Czy miał/a Pan/i wirusowe zapalenie wątroby?	NIE	TAK	
Czy ma Pan/i zaburzenia tarczycy?	NIE	TAK	
Czy ma Pan/i choroby żołądka, jelit, nerek?	NIE	TAK	
Czy ma Pan/i jaskrę?	NIE	TAK	
Czy jest Pan/i astmatykiem?	NIE	TAK	
Czy jest Pani w ciąży?	NIE	TAK	
Czy zażywa Pan/i obecnie jakieś leki?	NIE	TAK	
Czy pali Pan/i papierosy?	NIE	TAK	Jeśli tak, to ile/dzień? _____

3. Pytania dotyczące Państwa potrzeb:

Z jakiego powodu zdecydował/a się Pan/i na leczenie? _____

Czy odczuwa Pan/i ból zęba?	NIE	TAK	
Czy ma Pan/i krwawienie z dziąseł?	NIE	TAK	
Czy odczuwa Pan/i ból w okolicy stawów skroniowo-żuchwowych?	NIE	TAK	
Czy zachowanie własnych zębów jest dla Państwa istotne?	NIE	TAK	
Czy są ważne dla Państwa walory estetyczne zębów?	NIE	TAK	

Potwierdzam, że w/w przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.
Potwierdzam, że przed leczeniem będę informował/a lekarza prowadzącego na bieżąco o wszelkich zmianach dotyczących mojego stanu zdrowia.

.....
Data Podpis

4. W Państwa interesie:

Jeśli Państwo wyrażą zgodę na przeprowadzenie terapii w gabinecie rosedental, wówczas naszym wspólnym celem jest zachowanie osiągniętych wyników jak najdłużej. Dlatego też jest niezbędne Państwa uczestnictwo w programie profilaktycznym.

5. Na zakończenie:

Abyśmy mogli bez przeszkód systematycznie i efektywnie przeprowadzać państwa leczenie terminy, które nie mogą być zrealizowane, prosimy odwoływać co najmniej 24 godziny przed wizytą.

.....
Data Podpis



Dziękujemy serdecznie.