

## KÉRDŐÍV - FOGORVOSI / SZÁJSEBÉSZETI BEAVATKOZÁSOK ELŐTT

Név:.....

Születési idő:..... TAJ szám:.....

Anyja neve:.....

Lakhely:.....

Mobiltelefon:..... Foglalkozás:.....

Emailcím:.....

### Kedves Betegünk!

Bizonyos alapbetegségeket figyelembe kell venni a fogorvosi /szájsebészeti beavatkozások során, ezért szükséges, hogy az Ön egészségi állapotáról kicsit bővebben tájékozódjunk. Kérjük, figyelmesen olvassa el és válaszoljon az alábbi kérdésekre, hogy Ön a legmegfelelőbb ellátásban részesülhessen. (A megfelelő választ húzza alá.) Az Öntől kapott információkat természetesen az orvosi titoktartás védi!

### Hajlamos-e

ájulásra?.....Igen - Nem

### Magas-e a

vérnyomása?.....Igen - Nem

### Alacsony-e a

vérnyomása?.....Igen - Nem

### Egyéb vérkeringési zavarról tud-e?

.....Igen - Nem

### Vannak-e allergiás

panaszai?.....Igen - Nem

- Ha igen,

mire?.....

### Tud - e

szívbetegségről?.....Igen - Nem

- Szívfejlődési

rendellenességről.....Igen - Nem

- Műbillentyű

beültetésről.....Igen - Nem

- Szív műtétről.....Igen - Nem

- Van-e pacemakerje

(pészméker)?.....Igen - Nem

### Volt-e csípő-v. egyéb végtagprotézis

műtéte?.....Igen - Nem

### Milyen gyógyszereket szed

jelenleg? .....

### Szedett-e korábban csontritkulásra tablettát, vagy kapott-e

injekciót?.....Igen - Nem

### Van-e olyan gyógyszer, amelyre allergiás vagy panaszt okozott a

szedése?..... Igen - Nem

### Ha igen, melyek

ezek: .....

### Hölgyeknek: Jelenleg terhes-e?

.....Igen - Nem

### Szenved-e Ön:

- Cukorbetegségben.....Igen - Nem

- Véralvadási

zavarban.....Igen - Nem

- Vérkeringési

zavarokban.....Igen - Nem

- Pajzsmirigy funkciók problémákban.....Igen - Nem
- Rheumás betegségben.....Igen - Nem
- Tüdőbetegségben.....Igen - Nem
- Vesebetegségben.....Igen - Nem
- Emésztőrendszeri megbetegedésben.....Igen - Nem
- Csontritkulásban.....Igen - Nem
- Idegrendszeri betegségben.....Igen - Nem
- Immunhiányos betegségben (HIV (AIDS) pozitív?).....Igen - Nem

**Egyéb betegségben?**.....Igen - Nem

**Ha igen, melyekben:** .....

**Dohányzik?**.....Igen - Nem

- Ha igen, mennyit? .....
- Ha igen, mióta? .....

**Hepatitis?**.....Igen - Nem

A kezelés elkezdésébe beleegyezem!

Dátum:.....

Beteg aláírása:.....