

## ANKIETA ZDROWIA

Podane przez Państwa informacje będą objęte tajemnicą lekarską

**Imię i nazwisko:** \_\_\_\_\_

**Prosimy o wpisanie znaku „X” w odpowiedniej rubryce /TAK, NIE lub NIE WIEM/**

	TAK	NIE	NIE WIEM
<b>Czy stwierdzono u Pani/Pana następujące schorzenia:</b>			
Choroby serca (układ krążenia, zawał, choroba wieńcowa, zapalenie mięśnia sercowego, wady serca, nadciśnienie)			
Choroby krwi i zaburzenia krzepnięcia			
Choroby płuc (gruźlica, zapalenie płuc, astma)			
Choroby reumatyczne			
Choroby okulistyczne			
Choroby nowotworowe			
Choroby nerek (stany zapalne, kamica)			
Choroby wątroby (żółtaczka, marskość)			
Przebyty udar mózgu			
Padaczka			
Osteoporoza – czy przyjmuje Pan/i leki przeciwko osteoporozie np. bifasfoniany			
AIDS			
Cukrzyca			
Alergia na środki znieczulające			
Alergia na antybiotyki (jakie?) .....			
Alergia na materiały stomatologiczne			
Inne nie wymienione dotąd schorzenia : .....			
Czy przyjmuje Pan/Pani jakieś leki ? .....			
Czy były wykonywane zabiegi chirurgiczne w ciągu ostatnich 2 lat ?			
Czy wykonywane były naświetlenia lub/i podawane leki cytostatyczne ? (leki stosowane w leczeniu nowotworów)			
Czy był wykonywany lub planowany jakiś przeszczep narządów ?			
Czy podawane były leki immunosupresyjne ? (leki stosowane po przeszczepach narządów)			
Czy jest Pani w ciąży ?			
Czy miewa Pan/i stany zapalne jamy ustnej?			
Czy występuje krwawienie z dziąseł?			
Czy zaobserwował(a) Pan/i zwiększenie ruchomości zębów w ciągu ostatnich 2 lat?			
Rodzice tracą lub utracili zęby z powodu paradontozy?			
Czy występują bóle nieznanego pochodzenia w obrębie jamy ustnej lub jamy twarzowej ?			
Czy pali Pan/i papierosy ? Jeżeli tak to ile sztuk dziennie ? .....			

**Oświadczam, że informacje podane powyżej są zgodne ze stanem faktycznym. Wszelkie zmiany mojej sytuacji zdrowotnej, szczególnie mogące mieć wpływ na przebieg leczenia stomatologicznego zobowiązuję zgłaszać niezwłocznie lekarzowi prowadzącemu.**

Miejscowość:..... Data:..... Czytelny podpis pacjenta:.....