

Formularz Historii Medycznej

Data _____

Nazwisko _____ Tel. domowy (____) _____
Nazwisko Imie Drugie imie

Adres _____ Tel. praca (____) _____
Numer, Ulica

Miasto _____ Stan _____ Kod Pocztowy _____

Zawod _____ Social Security # _____

Data Urodzenia ____/____/____ Plec M Z Wzrost _____ Waga _____ Samotny _____ Zonaty/Mezatka _____
Miesiac Dzień Rok

Nazwisko żony _____ Najbliższy krewny _____ Telefon (____) _____

Jesli wypelniasz ten formularz dla innej osoby, jakie jest pokrewienstwo pomiedzy wami? _____

Polecony przez _____

Odpowiadajac na nastepujace pytania zakresl TAK lub NIE . Twoje odpowiedzi sa tylko dla potrzeb naszych danych i sa uwazane za poufne. Prosze miec na uwadze ze podczas pierwszej wizyty, bedzie Pan/Pani proszona o ewentualne udzielenie dodatkowych wyjasnien w zwiazku z udzielonymi odpowiedziami w niniejszym formularzu ,jak rowniez odnosnie stanu zdrowia.

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1. Czy jestes zdrowy ? | TAK | NIE |
| 2. Czy w ciagu ostatniego roku zasly jakiegokolwiek zmiany w stanie Twojego zdrowia ? | TAK | NIE |
| 3. Moje ostatnie badanie lekarskie bylo : _____ | | |
| 4. Czy obecnie leczysz sie na cos ? | TAK | NIE |
| Jesli TAK to na co ? _____ | | |
| 5. Podaj nazwisko Twojego lekarza _____ | | |
| 6. Czy w ciagu ostatnich 5 lat byles powaznie chory, miales operacje lub przebywales w szpitalu ? | TAK | NIE |
| Jesli TAK jaka to byla choroba lub problem ? _____ | | |
| 7. Czy obecnie zazywasz jakiegokolwiek lekarstwa(rowniez te na ktore nie potrzeba recepty) ? | TAK | NIE |
| Jesli TAK to jakie ? _____ | | |
| 8. Czy obecnie masz lub czy kiedykolwiek miales nastepujace choroby lub problemy ? | | |
| a. Uszkodzone zastawki serca lub sztuczne zastawki, włączając szmery w sercu lub reumatyczne choroby serca? | TAK | NIE |
| b. Choroby układu krwionosnego (problemy z sercem, atak serca, angina, niewydolność układu krążenia, zatkanie naczyń krwionosnych, wysokie ciśnienie krwi, skleroza tętnicza, wylew) | TAK | NIE |
| 1. Czy miewasz ból w klatce piersiowej podczas wysiłku? | TAK | NIE |
| 2. Czy brakuje ci oddechu podczas umiarkowanych ćwiczeń lub gdy leżysz ? | TAK | NIE |
| 3. Czy puchną ci nogi w kostkach ? | TAK | NIE |
| 4. Czy masz jakiegokolwiek wrodzone wady serca ? | TAK | NIE |
| 5. Czy masz przyspieszone bicie serca ? | TAK | NIE |
| c. Alergie (uczulenia) | TAK | NIE |
| d. Problemy z zatokami ? | TAK | NIE |
| e. Astma lub katar sienny ? | TAK | NIE |
| f. Omdlenia lub utraty przytomności ? | TAK | NIE |
| g. Biegunki lub w ostatnim czasie utratę wagi ciała ? | TAK | NIE |
| h. Cukrzyce ? | TAK | NIE |
| i. Zapalenie wątroby, zółtaczka lub inne choroby wątroby ? | TAK | NIE |
| j. AIDS lub zakażenie wirusem HIV ? | TAK | NIE |
| k. Problemy z tarczycą ? | TAK | NIE |
| l. Problemy z oddychaniem, rozedma, bronchit ? | TAK | NIE |
| m. Artretyzm lub bolesne spuchnięte stawy ? | TAK | NIE |
| n. Wrzody żołądka lub nadkwasota ? | TAK | NIE |
| o. Problemy z nerkami ? | TAK | NIE |
| p. Gruzlica ? | TAK | NIE |
| r. Przewlekłe spuchnięte migdały ? | TAK | NIE |
| s. Niskie ciśnienie krwi ? | TAK | NIE |
| t. Choroby weneryczne ? | TAK | NIE |
| u. Padaczka lub inne choroby neurologiczne ? | TAK | NIE |
| v. Problemy ze zdrowiem psychicznym ? | TAK | NIE |

- w. Rak ? TAK NIE
- x. Problemy z systemem immunologicznym ? TAK NIE
9. Czy kiedykolwiek miałeś problemy z krwawieniem ? TAK NIE
- a. Czy miałeś kiedykolwiek transfuzję krwi ? TAK NIE
10. Czy kiedykolwiek miałeś problemy z krwią np: anemia ? TAK NIE
11. Czy kiedykolwiek byłeś leczony w związku z guzem lub naroślą ? TAK NIE
12. Czy jesteś uczulony lub reagujesz w jakiś szczególny sposób na :
- a. Miejscowe znieczulenie ? TAK NIE
- b. Penicyline lub inne antybiotyki ? TAK NIE
- c. Sulfamidy ? TAK NIE
- d. Barbiturany, środki uspokajające lub środki nasenne ? TAK NIE
- e. Aspiryny ? TAK NIE
- f. Jod ? TAK NIE
- g. Kodeine lub inne narkotyki ? TAK NIE
- h. Inne _____
13. Czy miałeś uprzednio jakiegokolwiek problemy związane z leczeniem dentystycznym ? TAK NIE
- Jesli TAK to jakie _____
14. Czy masz jakieś inne nie wymienione powyżej problemy natury zdrowotnej o których powinniśmy wiedzieć ?...
Jesli TAK to jakie ? _____
15. Czy używasz szkieł kontaktowych ? TAK NIE
16. Czy używasz jakichkolwiek wyjmowanych protez dentystycznych ? TAK NIE

KOBIETY

17. Czy jesteś w ciąży ? TAK NIE
18. Czy masz jakiegokolwiek problemy związane z miesiączką ? TAK NIE
19. Czy jesteś karmiąca ? TAK NIE
20. Czy używasz środków antykoncepcyjnych ? TAK NIE

Twoje główne dolegliwości dentystyczne _____

Poswiadczam ze przeczytałem i rozumiem powyższe pytania. Potwierdzam ze na moje pytania (jesli je miałem) odnośnie niniejszego formularza otrzymałem wyczerpującą i satysfakcjonującą mnie odpowiedź. Za jakiegokolwiek ewentualne błędy popełnione przeze mnie przy wypełnianiu niniejszego formularza nie bede winil dentysty lub kogokolwiek z personelu niniejszej placowki.

PODPIS PACJENTA

For completion by dentist :

Comments on patient interview concerning medical history : _____

Significant findings from questionnaire or oral interview : _____

Dental management considerations : _____

(Date)

(Signature of Dentist)

Medical history update :

Date	Comments	Signature
_____	_____	_____
_____	_____	_____
