

Leczenie

stomatologiczne:

✓ korony i mosty

porcelanowe
(pełnoceramiczne oraz
na podbudowie
ze złota i metalu)

✓ odbudowa protetyczna

na implantach
(pojedyncze zęby,
mosty, protezy osadzone
na dwóch lub więcej
implantach, tzw. protezy
over denture)

✓ licówki porcelanowe

✓ wkłady koronowe
i koronowo-korzeniowe

✓ protezy bezklamrowe,
teleskopowe

i na zasuwach

✓ leczenie próchnicy

✓ leczenie endodontyczne

✓ wybielanie zębów

✓ zdejmowanie osadu
i kamienia nazębnego

✓ opieka stomatologiczna
nad pacjentami

wysokiego ryzyka
(chorzy obciążeni
schorzeniami ogólnymi,
np.: cukrzycą,
nadciśnieniem, astmą,
RZS, po zawale mięśnia
sercowego, itp.)

✓ stomatologiczne

przygotowywanie
chorych do przeszczepu
narządów, szpiku
kostnego, radioterapii,
chemioterapii i innych
terapii

✓ konsultacje trudnych

przypadków klinicznych

KWESTIONARIUSZ STANU ZDROWIA dla KOBIEC

.....
imię i nazwisko, PESEL pacjenta

.....
adres zamieszkania, telefony kontaktowe

Proszę o zaznaczenie właściwej odpowiedzi oraz możliwie wyczerpujące udzielenie wymaganych informacji.

Czy cierpi Pani na poniżej wymienione dolegliwości:

1) bóle głowy jedno- lub obustronne tak / nie

2) duszności i/lub zmęczenie w czasie wysiłku, spaceru, wchodzenia po schodach, zmuszające do przystawania, odpoczynku tak / nie

3) budzenie się z uczuciem duszności tak / nie

4) obrzęki kończyn dolnych, kostek tak/ nie

5) choroby serca i/lub naczyń krwionośnych tak/ nie

jeżeli tak, proszę podać jakie i czy jest Pani pod stałą opieką lekarza specjalisty, jakie leki Pani przyjmuje i od kiedy:

6) zaburzenia krzepnięcia krwi, nadmierne i/lub przedłużone krwawienia tak/ nie
jeżeli tak, proszę podać jakiego rodzaju są to zaburzenia, czy się Pani z tego powodu leczyła, od kiedy i jakie leki Pani przyjmowała lub przyjmuje:

7) alergie lub nadwrażliwość na leki (katar sienny, astma, inne) tak/ nie
jeżeli tak, proszę wymienić jakie i od kiedy:

8) choroby wewnętrzne (np.: cukrzyca, nadciśnienie, choroby żołądka, jelit, wątroby, nerek, choroby reumatyczne) tak/ nie
jeżeli tak, proszę wymienić wszystkie schorzenia, podać czy jest Pani pod stałą opieką lekarza specjalisty, jakie leki Pani przyjmuje i od kiedy:

9) choroby płuc (gruźlica, rozedma, inne) tak/ nie
jeżeli tak, proszę podać jakie i czy jest Pani pod stałą opieką lekarza specjalisty, jakie leki Pani przyjmuje i od kiedy:

10) choroby tarczycy i/lub inne schorzenia endokrynologiczne tak/ nie
jeżeli tak, proszę podać jakie i czy jest Pani pod stałą opieką lekarza specjalisty, jakie leki Pani przyjmuje i od kiedy:

11) choroby neurologiczne (np.: udar mózgu, niedowład, padaczka) tak/ nie
jeżeli tak, proszę podać rodzaj schorzenia, od kiedy się Pani z tego powodu
leczy i jakie leki Pani przyjmuje:

12) choroby zakaźne (np.: żółtaczkę, AIDS, choroby weneryczne) tak/ nie
jeżeli tak, proszę wymienić jakie i w którym roku Pani chorowała:

13) czy schudła Pani lub przytyła w ciągu ostatniego roku o więcej
niż 5 kg tak/ nie

14) czy jest Pani na specjalnej diecie tak/ nie

15) czy przyjmuje Pani inne leki, nie wymienione powyżej tak/ nie
jeżeli tak, proszę wymienić jakie:

16) czy pali Pani papierosy tak/ nie
jeżeli tak, proszę podać ile papierosów dziennie:

17) czy wykonywała Pani w ciągu ostatniego roku zdjęcia rentgenowskie tak/ nie

18) czy była Pani leczona operacyjnie tak/ nie
jeżeli tak, proszę podać kiedy i z jakiego powodu:

19) czy miesiączkuje Pani regularnie tak/ nie
proszę podać datę ostatniej miesiączki:

20) czy stosowana była u Pani terapia hormonalna tak/ nie
jeżeli tak, to kiedy i z jakiego powodu:

21) czy wykonywane było u Pani badanie densytometryczne tak/ nie
jeżeli tak, to kiedy i jaki był wynik:

Inne uwagi dotyczące stanu ogólnego:

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam

podpis Pacjentki

**Zostałam poinformowana o poufności w/w danych, które objęte są tajemnicą
lekarską oraz szczególną ochroną przed dostępem osób nieuprawnionych.**

podpis Pacjentki

Gdańsk, dnia _____