

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 MĘŻCZYZN

1. Imię i nazwisko, PESEL

2. Adres zamieszkania, telefony kontaktowe

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

Czy cierpi Pan 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 Pan pod stałą opieką lekarza specjalisty, jakie leki Pan przyjmuje i od kiedy:

.....

.....

6) zaburzenia krzepnięcia krwi, nadmierne krwawienie tak/ nie

jeżeli tak, proszę podać jakiego rodzaju są to zaburzenia, czy się Pan z tego powodu leczył, od kiedy i jakie leki Pan przyjmował lub przyjmuje:

.....

.....

.....

7) alergię 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 Pan pod stałą opieką lekarza specjalisty, jakie leki Pan przyjmuje i od kiedy:

.....

.....

.....

9) choroby płuc (gruźlica, rozedma, inne) tak/ nie

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

.....

.....

.....

10) choroby tarczycy i/lub inne schorzenia endokrynologiczne tak/ nie

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

.....

.....

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

.....
.....

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

.....
.....

13) czy schudł Pan lub przytył w ciągu ostatniego roku o więcej tak/ nie
niż 5 kg

14) czy jest Pan na specjalnej diecie tak/ nie

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

.....
.....

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

17) czy wykonywał Pan w ciągu ostatniego roku zdjęcia rentgenowskie tak/ nie

18) czy był Pan leczony operacyjnie tak/ nie
jeżeli tak, proszę podać kiedy i z jakiego powodu:

.....
.....

Inne uwagi dotyczące stanu ogólnego:

.....
.....
.....

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam

podpis Pacjenta

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

podpis Pacjenta

Gdańsk, dnia _____