

**Leczenie  
specjalistyczne:**

- ✓usuwanie zębów
- ✓dłutowanie korzeni zębów, zębów mądrości, i zębów zatrzymanych
- ✓replantacje wybitych zębów
- ✓odstaniecie zębów zatrzymanych z przyklejeniem zamka ortodontycznego
- ✓plastyka wędzidełka wargi górnej, dolnej oraz języka
- ✓przedprotetyczna plastyka wyrostka zębodołowego szczęki i żuchwy
- ✓zamykanie połączenia ustno-zatokowego po usunięciu zęba
- ✓operacje torbieli w szczęce i żuchwie
- ✓resekcje wierzchołków korzeni zębów
- ✓periodontologiczne zabiegi operacyjne
- ✓augmentacja (uzupełnianie) kości
- ✓GTR, GBR – sterowana regeneracja tkanek miękkich i kości
- ✓sinus lift – podnoszenie dna zatoki
- ✓wszczepianie implantów stomatologicznych
- ✓leczenie schorzeń zatok szczękowych, stawów skroniowo-żuchwowych oraz ślinianek
- ✓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
- ✓specjalistyczne 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 przystawiania, 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) 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 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 \_\_\_\_\_