

**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 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.: żółtaczką, 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