

## KÉRDŐÍV – FOGORVOSI/SZÁJSEBÉSZETI BEAVATKOZÁSOK ELŐTT

Név: ..... Születési idő: .....

Lakhely: ..... TAJ szám: .....

Mobiltelefon: ..... Lakástel.: ..... Mh.tel.: .....

Kedves Betegünk!

Bizonyos alapbetegségeket figyelembe kell venni a fogorvosi /szájsebészeti beavatkozások során, ezért szükséges, hogy az Ön egészségi állapotáról kicsit bővebben tájékozódjunk. Kérjük, figyelmesen olvassa el és válaszoljon az alábbi kérdésekre, hogy Ön a legmegfelelőbb ellátásban részesülhessen. (A megfelelő választ húzza alá.) Az Öntől kapott információkat természetesen az orvosi titoktartás védi!

**Hajlamos-e ájulásra?**.....Igen - Nem

**Magas-e a vérnyomása?**.....Igen - Nem

**Alacsony-e a vérnyomása?**.....Igen - Nem

**Egyéb vérkeringési zavarról tud-e?**.....Igen - Nem

**Tud-e szívbetegségről?**.....Igen - Nem

Szívfejlődési rendellenességről.....Igen - Nem

Műbillentyű beültetésről.....Igen - Nem

Szívbelhártya gyulladásról.....Igen - Nem

Szívműtétről.....Igen - Nem

Van-e pacemakerje (pésméker)?.....Igen - Nem

**Szenved-e Ön:**

Cukorbetegségben.....Igen - Nem

Véralvadási zavarban.....Igen - Nem

Vérkeringési zavarokban.....Igen - Nem

Pajzsmirigy funkciós problémákban.....Igen - Nem

Rheumás betegségben.....Igen - Nem

Tüdőbetegségben.....Igen - Nem

Vesebetegségben.....Igen - Nem

Májbetegségben, fertőző májgyulladásban (hepatitis B, C).....Igen - Nem

Emésztőrendszeri megbetegedésben.....Igen - Nem

Idegrendszeri betegségben.....Igen - Nem

Immunhiányos betegségben (HIV (AIDS) pozitív?).....Igen - Nem

Egyéb betegségben.....Igen - Nem

Ha igen, melyekben: .....

Volt-e csípő-v. egyéb végtagprotézis műtété?.....Igen - Nem

Hölgyeknek: Jelenleg terhes-e?.....Igen - Nem

**Vannak-e allergiás panaszai?**.....Igen - Nem

Ha igen, mire: .....

**Milyen gyógyszereket szed jelenleg?** .....

**Van-e olyan gyógyszer, amelyre allergiás vagy panaszt okozott a szedése?**.....Igen - Nem

Ha igen, melyek ezek: .....

**Ki ajánlott minket:** .....

Dátum: ..... Aláírás: ..... Kezelő orvos: .....