

ΙΑΤΡΙΚΟ & ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Όνοματεπώνυμο:..... Ημερ/νία:/...../.....

Διεύθυνση :.....

Πόλη:..... Τ.Κ.:.....

Τηλέφωνα Επικοινωνίας:

Επάγγελμα:.....

Παραπέμπων Ιατρός:

- Ποια είναι η κύρια ενόχληση που έχετε και για την οποία μας επισκέφτεστε;
.....
- Έχετε νοσηλευθεί για οποιοδήποτε λόγο τους τελευταίους 6 μήνες;
.....
- Λαμβάνετε κάποια φάρμακα; Αν ναι ποια και σε τι δοσολογία;
.....
- Έχετε κάποια γνωστή αλλεργία (π.χ. σε φαρμακευτικό σκεύασμα, ουσία κτλ);
.....
- Καπνίζετε και αν ναι, πόσο;
- Γνωρίζετε αν χρειάζεστε προφυλακτική αντιβίωση (π.χ. πρόπτωση μητροειδούς βαλβίδας, συγγενής καρδιοπάθεια κτλ) κατά την οδοντιατρική εργασία;
.....
- Γνωρίζετε εάν έχετε κάποιο πρόβλημα με την καρδιά σας (π.χ. υπέρταση, by pass, βηματοδότης, κτλ);
.....



ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΓΥΡΙΣΤΕ ΣΕΛΙΔΑ

- Γνωρίζετε εάν έχετε κάποιο νόσημα του αίματος (π.χ. αναιμία, διαταραχή πήξης);
.....
- Γνωρίζετε εάν έχετε κάποια ορμονική διαταράχη (π.χ. διαβήτης, θυροειδής);
.....
- Γνωρίζετε αν είστε έγκυος (* μόνο για κυρίες);.....
- Πότε επισκεφτήκατε για τελευταία φορά τον οδοντίατρο σας και για ποιο λόγο;
.....
- Είχατε στο παρελθόν εμπειρία τοπικής αναισθησίας ή εξαγωγής δοντιού, κατά την οποία παρουσιάστηκε κάποιο έκτακτο σύμβαμα;
.....
- Είχατε στο παρελθόν περιοδοντική θεραπεία και αν ναι πότε;
.....
- Κάθε πότε βουρτσίζετε τα δόντια σας; Χρησιμοποιείται οδοντικό νήμα ή μεσοδοντίο βουρτσάκι;
.....
.....
- Χρησιμοποιείται κάποιο στοματικό διάλυμα;
.....
- Έχετε κάποια συμπτώματα που θα θέλατε να αναφέρατε (π.χ. αιμορραγία ούλων, κινητικότητα δοντιών, πόνος, απόστημα, τρίζιμο ή σφίξιμο δοντιών, δυσχέρεια στη μάσηση, ευαισθησία στο κρύο ή στο ζεστό);
.....
.....

Υπογραφή