

ORIDENT Stomatologia Ul. Ługańska 5, 61-311 Poznań Tel. 061 8705 269, 604 578 796		data
NAZWISKO I IMIĘ:		DATA URODZENIA:
PESEL:	ADRES ZAMIESZKANIA:	

Wywiad stomatologiczny:

		TAK	NIE
1.	Czy miała/ma Pani/Pan nawracające zapalenie dziąseł?		
2.	Czy miała/ma Pani/Pan opryszczkowe zapalenie jamy ustnej?		
3.	Czy miała/ma Pani/Pan afty nawrotowe?		
4.	Czy miała/ma Pani/Pan kandydozę jamy ustnej?		
5.	Czy miała/ma Pani/Pan zapalenie jamy ustnej z powodu użytkowanych protez?		
6.	Czy miała/ma Pani/Pan trzaski, trzeszczenia w stawie skroniowo-żuchwowym?		
7.	Czy miała/ma Pani/Pan bolesność w stawie skroniowo-żuchwowym lub jego okolicy?		
8.	Czy ma Pani/Pan nawykowe zwichnięcie stawu skroniowo-żuchwowego?		
9.	Czy miała/ma Pani/Pan bóle głowy nieokreślonego pochodzenia?		
10.	Czy Pani/Pan uprawia para funkcje?		
11.	Czy Pani/Pan zgrzyta zębami (w dzień lub w nocy)?		
12.	Czy Pani/Pan zaciska zęby?		
13.	Czy Pani/Pan ogryza: *paznokcie, *skórki, *obce przedmioty (długopis, ołówek, okulary, itp.), *przygryza błonę śluzową policzka, języka?		
14.	Czy miała/ma Pani/Pan zapalenie zatok szczękowych?		
15.	Czy była Pani/Pan leczona ortodontycznie?		
16.	Czy ma Pani/Pan inne problemy nieuwzględnione powyżej?		
17.	Czy przyjmuje Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość krwi? *Syncumar, *Heparyna, *Clexane, *Fraxiparine, *Aspiryna, *inne?		
18.	Czy ma Pani/Pan lęk przed deformacją własnego ciała?		
19.	Czy akceptuje Pani/Pan swój wygląd?		

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. Wszystkie zmiany mojej sytuacji zdrowotnej zobowiązuje się zgłosić przy najbliższej wizycie. Wyrażam zgodę na wykonanie dokumentacji fotograficznej i wykorzystania jej do potrzeb leczenia i prac naukowych.

Wyrażam zgodę na przechowywanie dokumentacji rtg w tutejszej placówce.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie (przechowywanie, korzystanie) moich danych osobowych (nazwisko, adres, numer telefonu) w tutejszej placówce.

Podane przez Państwa dane i wykonana dokumentacja fotograficzna objęte są tajemnicą lekarską.

.....
Data i podpis pacjenta