

## Wywiad lekarski

Imię i nazwisko

1. Czy był Pani/Pani w szpitalu w ciągu ostatnich dwóch lat?

Tak  Nie  Nie wiem

2. Czy był Pan/Pani operowany w ciągu ostatnich dwóch lat?

Tak  Nie  Nie wiem

3. Czy wykonywał Pan/Pani w ostatnim czasie:

Przekłuwanie uszu (lub innej części ciała)

Tatuaż

Zabieg kosmetyczny

Nie

4. Czy cierpi Pan/Pani na jakiegokolwiek alergię (Jakie?)

.....

.....

5. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani podawane znieczulenie?

Tak  Nie  Nie wiem

6. Czy jest Pani w ciąży?

Tak  Nie  Nie wiem

7. Czy przyjmuje Pan/Pani leki? (Jakie?)

.....

.....

7. Czy choruje Pan/Pani na takie choroby jak:

Hemofilia

Tak  Nie  Nie wiem

Cukrzyca

Tak  Nie  Nie wiem

AIDS/IVHIV

Tak  Nie  Nie wiem

Choroba wieńcowa

Tak  Nie  Nie wiem

Niewydolność nerek

Tak  Nie  Nie wiem

Miażdżycza

Tak  Nie  Nie wiem

Niewydolność krążenia

Tak  Nie  Nie wiem

Przebytey zawał

Tak  Nie  Nie wiem

Nadkwasota

Tak  Nie  Nie wiem

Padaczka

Tak  Nie  Nie wiem

Astma

Tak  Nie  Nie wiem

Niedoczynność/Nadczynność tarczycy

Tak  Nie  Nie wiem

Wirusowe zapalenie wątroby

Tak  Nie  Nie wiem

Inne nieuwzględnione powyżej (Jakie?)

.....

.....

W razie jakichkolwiek zmian w swoim stanie zdrowia, zobowiązuję się pisemnie poinformować o zaistniałym fakcie Dentim Clinic