

### WITAMY W NASZEJ PRAKTYCE

Zarejestrujemy Twoje dane pacjenta z następującymi informacjami. Proszę je sprawdzić i poinformować nas o ewentualnych zmianach.  
Wszystkie informacje podlegają tajemnicy lekarskiej.

#### Dane pacjenta

Imię i nazwisko:	
Data urodzenia:	
Miejsce urodzenia:	
Adres:	
Nazwa kasy chorych:	
Proszę uzupełnić w przypadku ubezpieczenia ustawowego: Ubezpieczenie prywatne na dodatkową opiekę stomatologiczną?	<b>tak [ ] nie [ ]</b>
Telefon:	
Fax:	
Telefon komórkowy:	
Telefon biurowy:	
E-mail:	
Zawód:	

#### Dane ubezpieczenia (jeśli różnią się od danych pacjenta)

Rachunek na:	<b>Pacjenta [ ] Ubezpieczonego [ ]</b>
Osoba ubezpieczona:	
Data urodzenia:	
Adres:	
Czy jest Pan/Pani zainteresowany/a regularnymi badaniami profilaktycznymi, aby zapobiec przyszłym chorobom?	<b>tak [ ] nie [ ]</b>
W jaki sposób mamy przekazać przypomnienie o nadchodzącej wizycie?	<b>[ ] telefonicznie [ ] mailowo</b>

**Pacjent:**

**Data urodzenia:**

---

**Twój osobisty przegląd zdrowia**

Kiedy ostatni raz miałeś prześwietlenie i w jakiej okolicy?

---

Choroby serca	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Rozrusznik serca / Sztuczne zastawki serca	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Wysokie ciśnienie krwi	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Niskie ciśnienie krwi	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Skłonność do omdleń	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Marcumar / Leki przeciwzakrzepowe	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Skłonność do krwawień / Zaburzenia krzepnięcia	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Reumatyzm	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Cukrzyca	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Choroby tarczycy	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Choroby wątroby (Wirusowe zapalenie wątroby)	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Choroby przewodu pokarmowego	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Choroby nerek	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Choroby płuc / Astma	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Choroby nosa / Zatok	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Epilepsja	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Czy masz inne poważne choroby?	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Jeśli tak, to jakie?		

---

Alergie	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Jeśli tak, to jakie?		

---

Jakie leki przyjmujesz regularnie?

---

Czy jesteś wrażliwy na jakiegokolwiek leki?	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Jeśli tak, to na które?		

---

Czy palisz papierosy?	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Jeśli tak, ile papierosów palisz dziennie?		

---

Dla naszych pacjentek: Czy jesteś w ciąży?	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Jeśli tak, to w którym miesiącu?		

---

**Pacjent:** \_\_\_\_\_ **Data urodzenia:** \_\_\_\_\_

### Powód Twojej wizyty

Kontrola	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Ból zęba	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Krwawienie dziąseł	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Migrena / Ból głowy / Ból szyi	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Problemy z stawem skroniowo-żuchwowym	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Bruksizm (zgrzytanie zębami)	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Nieświeży oddech	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Czy chcesz tylko leczenia przeciwbólowego?	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Czy odczuwasz strach przed zabiegami dentystycznymi?	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Silna wrażliwość zębów	<b>tak</b> [ ]	<b>nie</b> [ ]
Jak się o nas dowiedziałeś?		

---

### Jesteś dla nas ważny/a

Uwaga! Dopóki znieczulenie działa, prosimy nie jeść ani nie pić gorących napojów z powodu ryzyka uszkodzeń zębów!

Jest to dla mnie zrozumiałe: **tak** [ ] **nie** [ ]

Chcielibyśmy poinformować, że po znieczuleniu Twoja zdolność do prowadzenia pojazdów może być ograniczona!

Jest to dla mnie zrozumiałe: **tak** [ ] **nie** [ ]

### Ochrona danych osobowych

Proszę zapoznać się z naszą polityką prywatności, która jest **tak** [ ] **nie** [ ]  
swobodnie dostępna w poczekalni. W przypadku pytań prosimy o kontakt z naszym personelem.

### Zasady odwołania wizyty

Jeśli nie możesz odbyć wizyty, prosimy o powiadomienie **tak** [ ] **nie** [ ]  
nas co najmniej 24 godziny przed umówionym terminem.

Wymagamy okazania karty ubezpieczenia zdrowotnego przy każdej wizycie w gabinecie.  
Jeśli nie otrzymamy jej w ciągu 14 dni po leczeniu, będziemy traktować Państwa jako pacjenta prywatnego i wystawimy rachunek.

Data \_\_\_\_\_ Podpis \_\_\_\_\_