

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:	
Nazwa kasy chorych:	
Miejsce urodzenia:	
Adres::	

Proszę uzupełnić w przypadku ubezpieczenia ustawowego:

Ubezpieczenie obowiązkowe?	tak [<input type="checkbox"/>] nie [<input type="checkbox"/>]
Ubezpieczenie dobrowolne?	tak [<input type="checkbox"/>] nie [<input type="checkbox"/>]
Ubezpieczenie prywatne na dodatkową opiekę stomatologiczną?	tak [<input type="checkbox"/>] nie [<input type="checkbox"/>]
Czy wybrał/a Pan/Pani zwrot kosztów?	tak [<input type="checkbox"/>] nie [<input type="checkbox"/>]
Telefon:	
Fax:	
Telefon komórkowy:	
Telefon biurowy:	
E-mail:	
Zawód:	

Dane ubezpieczenia (jeśli różnią się od danych pacjenta)

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

Pacjent: _____ **Data urodzenia:** _____

Historia medyczna

Czy dziecko rozwija się prawidłowo? **tak** [] **nie** []

Uwagi:

Alergie? **tak** [] **nie** []

Jeśli tak, to jakie?

Paszport alergologiczny **tak** [] **nie** []

Czy dziecko regularnie przyjmuje jakiegokolwiek leki? **tak** [] **nie** []

Jeśli tak, to jakie?

Inne choroby

Czy dziecko jest obecnie w trakcie leczenia? **tak** [] **nie** []

U lekarza jakiej specjalizacji?

Dlaczego?

Czy dziecko ma jakiegokolwiek ograniczenia w zakresie wzroku lub słuchu? **tak** [] **nie** []

Jeśli tak, to jakie?

Choroby serca / Wady serca **tak** [] **nie** []

Cukrzyca **tak** [] **nie** []

ADHD / ADD **tak** [] **nie** []

Choroby nerek **tak** [] **nie** []

Żółtaczka **tak** [] **nie** []

Zaburzenia lękowe **tak** [] **nie** []

Choroby płuc / Astma **tak** [] **nie** []

Zaburzenia krzepnięcia krwi **tak** [] **nie** []

Czy dziecko ma inne choroby? **tak** [] **nie** []

Jeśli tak, to jakie?

Pacjent: _____ **Data urodzenia:** _____

Dieta / Nawyki odżywiania

Głównie słodkie	tak []	nie []
Owoce	tak []	nie []
Fast food'y	tak []	nie []
Obfite jedzenie	tak []	nie []
Je mało	tak []	nie []
Je dużo	tak []	nie []
Niekontrolowane jedzenie	tak []	nie []
Soki owocowe	tak []	nie []
Napoje gazowane	tak []	nie []
Woda mineralna	tak []	nie []
Herbata słodzona	tak []	nie []
Herbata niesłodzona	tak []	nie []

Historia medyczna stomatologiczna

Czy dziecko ma nawyki ssania? **tak** [] **nie** []
Jeśli tak, to jakie? (np. kciuk)

Smoczek	tak []	nie []
Czy dziecko myje zęby samodzielnie?	tak []	nie []
Ręczna szczoteczka do zębów	tak []	nie []
Szczoteczka elektryczna	tak []	nie []
Jak często dziecko myje zęby w ciągu dnia?		

Czy dziecko odczuwa ból zębów?	tak []	nie []
Czy powinniśmy wziąć jeszcze coś pod uwagę podczas leczenia dziecka?		

Pacjent: _____ **Data urodzenia:** _____

Prośba o konsultację

Opieka profilaktyczna dla długoterminowego zdrowia zębów	tak [<input type="checkbox"/>]	nie [<input type="checkbox"/>]
Ocena ryzyka próchnicy	tak [<input type="checkbox"/>]	nie [<input type="checkbox"/>]
Poradnictwo żywieniowe	tak [<input type="checkbox"/>]	nie [<input type="checkbox"/>]
Dodatkowe usługi	tak [<input type="checkbox"/>]	nie [<input type="checkbox"/>]
Inne pytania / prośby		

Powód wizyty

Pierwsza wizyta u dentysty	tak [<input type="checkbox"/>]	nie [<input type="checkbox"/>]
Czy dziecko się boi?	tak [<input type="checkbox"/>]	nie [<input type="checkbox"/>]
Czy możemy umówić regularne wizyty kontrolne dla Państwa dziecka?	tak [<input type="checkbox"/>]	nie [<input type="checkbox"/>]

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 _____