

ΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ

ΟΔΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ

Τ.Κ. ΠΟΛΗ

ΤΗΛΕΦ.

ΚΙΝΗΤΟ

E-MAIL

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
➤ Επισκέπτεστε συχνά οδοντίατρο ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Πονάει κάποιο από τα δόντια σας ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Πονάτε κατά τη μάσηση;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Ματώνουν τα ούλα σας όταν βουρτσίζετε τα δόντια σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Έχει δυσάρεστη οσμή η αναπνοή σας ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Σας ικανοποιεί το χρώμα των δοντιών σας ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Έχετε τραυματιστεί ποτέ στις γνάθους ή γενικότερα στο στόμα σας ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Έχετε υποβληθεί ποτέ σε επέμβαση εμφυτευμάτων ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Πόσο συχνά βουρτσίζετε τα δόντια σας ;

Κάθε πότε χρησιμοποιείτε οδοντικό νήμα;

Πότε επισκεφτήκατε τελευταία φορά οδοντίατρο;

Πότε κάνατε τελευταία φορά ακτινογραφία;

Αναφέρετε ότι άλλο έχει σχέση με το οδοντιατρικό σας ιστορικό και δεν καλύπτεται από τα ανωτέρω

.....

.....

.....

.....

Συμπληρώστε και τη 2^η σελίδα που αφορά στο γενικό ιατρικό σας ιστορικό ➡



[1]

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ – ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Πότε επισκεφτήκατε τελευταία φορά τον γιατρό σας;

Πότε κάνατε τελευταία φορά check-up;

Αν λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή, αναφέρετε ποιά;

Αν ακολουθείτε κάποια θεραπεία, αναφέρετε για ποια ασθένεια ;

Αν έχετε αλλεργία σε κάποιο φάρμακο, αναφέρετε σε ποιό;

Αν πάσχετε από ασθένεια που επηρεάζει το ανοσοποιητικό, (AIDS, φορέας του AIDS, λευχαιμία κ.λπ.) αναφέρετε από ποια ασθένεια ;

Αν έχετε κάνει κάποιο σοβαρό χειρουργείο, αναφέρετε την αιτία ;

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
➤ Είστε καπνιστής ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Έχετε προβλήματα με την καρδιά ή την πίεσή σας ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Έχετε προσβληθεί ποτέ από ασθένεια του ήπατος;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Σας έχει απαγορευθεί ποτέ να δώσετε αίμα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Αν τραυματισθείτε, αιμορραγείτε για πολύ ώρα μετά ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ Είστε εξαρτημένος από αλκοόλ ή ναρκωτικά ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
➤ (μόνο για γυναίκες) Είστε έγκυος ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Πάσχετε ή πάσχατε στο παρελθόν από τα παρακάτω νοσήματα (σημειώστε με ✓ όσα ισχύουν) :

Στηθάγχη	<input type="checkbox"/>	Φυματίωση	<input type="checkbox"/>	Επιληψία	<input type="checkbox"/>
Βρογχίτιδα	<input type="checkbox"/>	Διαβήτη	<input type="checkbox"/>	Εγκεφαλικό	<input type="checkbox"/>
Άσθμα	<input type="checkbox"/>	Έλκος	<input type="checkbox"/>	Νεφροπάθεια	<input type="checkbox"/>

Αναφέρετε ότι άλλο έχει σχέση με ιατρικό σας ιστορικό και δεν καλύπτεται από τα ανωτέρω

Βεβαιώνω ότι οι παραπάνω πληροφορίες είναι αληθείς.

Ημερομηνία

Υπογραφή

.....

.....



[2]

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ – ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ