
KARTA ZDROWIA PACJENTA

Imię i nazwisko			
Adres			
Telefon		Data urodzenia	
Zawód		PESEL	

HISTORIA MEDYCZNA

1. Czy miał(a) Pan(i) kiedykolwiek?

	TAK	NIE
Niespodziewaną reakcję na zastrzyk, reakcję alergiczną na znieczulenie		
Astmę, nieżyt sienny lub inne nadwrażliwości		
Zaburzenia czynności serca, układu krążenia, zimne ręce/nogi		
Masywne krwawienie		
Gorączkę reumatyczną		
Chorobę wieńcową		
Obrzęk stawów		
Żółtaczkę		
Cukrzycę		
Chorobę napadową (padaczkę)		
Chorobę zakaźną (np. HIV, WZW B/C)		
Problemy z krzepliwością krwi		

2. Czy przyjmuje Pan(i) na stałe jakieś leki? Jeśli tak, jakie?

.....

.....

3. Czy ma Pan(i) alergię? (np. na leki, lateks, środki znieczulające).

.....

.....

4. Czy jest Pani w ciąży lub planuje ciążę?

TAK	NIE
-----	-----

5. Czy ma Pan(i) protezy, implanty lub rozrusznik serca?

TAK	NIE
-----	-----

HISTORIA STOMATOLOGICZNA

1. Czy odwiedza Pan(i) regularnie stomatologa? Jeśli tak, kiedy była ostatnia wizyta?

.....

.....

2. Czy odczuwa Pan(i) obecnie ból zębów lub dziąseł? Jeśli tak, od kiedy?

.....

.....

3. Czy zauważył(a) Pan(i) krwawienie z dziąseł podczas mycia zębów?

TAK	NIE
-----	-----

4. Czy zgrzyta Pan(i) zębami lub zaciska szczęki (bruksizm)?

TAK	NIE
-----	-----

5. Czy miał(a) Pan(i) w przeszłości zabiegi stomatologiczne?

☐ leczenie kanałowe

☐ ekstrakcje

☐ implanty

☐ inne

POWÓD WIZYTY

.....

.....

Niniejszym oświadczam, iż podane powyżej dane są zgodne z prawdą i stanem faktycznym, wszystkie zmiany w mojej sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić przy najbliższej okazji.

Gdańsk, dnia

Czytelny podpis

.....

.....