

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

1

Презиме	Име	Датум на раѓање	Пол	
			м	ж
Адреса		Град		
Домашен телефон	Мобилен телефон	E-mail адреса		
Професија	Вработен во			
Име и Презиме на матичен општ лекар				
Установа на матичен лекар		Телефон на матичен лекар		
Дали имате здравствено осигурување?			да	не
Каков тип на здравствено осигурување имате?		а. Државно (ФЗОМ)	б. Приватно	
Лице за контакт во итен случај				
		Телефон на лицето за итен контакт		
Како дознавте за нас?				
		Денешен датум		
1. по препорака на пациенти од ЕТЕРНАдент, Ваши познати...				
2. преку печатениете медиуми (весници, магазини, списанија..)				
3. преку електронските медиуми (радио и ТВ)				
4. преку интернет				
5. останато (да се наброи) _____				
За жени, Ве молиме пополнете во празните полиња				
Дали сте бремена?		Да	Не	Ако сте, во која недела?
Дали земате контрацептиви?		Да	Не	Дали доите? да не
Дали пушите?		Да	Не	Колку години?
			Колку цигари на ден?	
СТОМАТОЛОШКА АНАМНЕЗА				
Причини за сегашната посета				
Наведете го датумот на последната посета на стоматолог				
Забележете доколку со нешто од наведеното имате проблем и дополнете				
Осетливост на ладно		Да	Не	
Осетливост на топло		Да	Не	
Заостанување на храна меѓу забите		Да	Не	
Шкрипење на забите		Да	Не	
Болка при загриз		Да	Не	
Осетливи места / болка во усната празнина		Да	Не	
Крварење на гингивата (непцето)		Да	Не	
Лош здив		Да	Не	
Колку често ги четкате забите?				
Колку често користите забен конец и интердентална четка?				

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

2

МЕДИЦИНСКА АНАМНЕЗА:

Пополнете и обележете, доколку имате некоја од наведените состојби

Анемија		Дијабетес	
Ангина пекторис		Карцином	
Алергии		Зрачење-терапија	
Пролапс на срцеви залистоци		Хемотерапија	
Вградени срцеви залистоци		Глауком	
Срцев удар		Вештачка коска (колк,колено)	
Хируршки интервенции на срце		Артритис,реума	
Вродена срцева мана		Осип на кожата	
Пејс мејкер		Шарлах	
Шум на срцето		Воспаление на дебелото црево	
Низок крвен притисок		Чир на желудник	
Висок крвен притисок		Проблеми со бубрези	
Обилно крварење		Болести на црн дроб	
Хемофилија		Злоупотреба на дроги	
Хепатит А		Злоупотреба на алкохол	
Хепатит Б		Простата-проблем	
Хепатит Ц		Несвестици и напади на грчеви	
ХИВ/Сида		Мозочен удар	
Проблем со синусите		Чести главоболки	
Емфизем		Психијатриски проблеми	
Епилепсија		Венерични заболувања	
Туберкулоза		Проблем со штитната жлезда	
Тешкотии со дишење		Третман со кортикостероиди	

Алергии на

Аспирин		Пеницилин	
Кодеин		Тетрациклин	
Дентални анестетици		Накит	
Еритромицин		Латекс	

Останати алергии: _____

Набројте ги сите лекови кои ги земате:

--	--	--

Дали постои некое заболување или состојба,за кое сметате дека треба да не известите,а не е спомнато погоре? Доколку постои Ве молиме опишете!

--

Вашата насмевка:

Дали Ви се допаѓа изгледот на Вашата насмевка?

--

Што би смениле во изгледот на насмевката?

--

Јас, _____,одговорно изјавувам дека сите горе наведени податоци за мојата здравствена состојба се точни.Ја чувствувам одговорноста да го известам мојот доктор за било какви

Потпис

Дата
