

<b>NAZWISKO</b>		<b>Proszę podać skąd dowiedzieliście się Państwo o naszej Przychodni</b>
<b>IMIĘ</b>		
<b>DATA URODZENIA</b>		<b>Polecenie znajomych/rodziny</b>
<b>PESEL</b>		<b>Reklama na Facebooku</b>
<b>PEŁNY ADRES ZAMIESZKANIA</b>		<b>Reklama na ulicy</b>
		<b>Internet (Google, strona www.duodent.com.pl)</b>

### WZGLĘDY MEDYCZNE

#### Czy pacjent cierpi z powodu problemów z:

Niepożądaną reakcją na którąś z wymienionych substancji: <input type="checkbox"/> Aspirynę <input type="checkbox"/> Ibuprofen <input type="checkbox"/> Paracetamol <input type="checkbox"/> Kodeinę <input type="checkbox"/> Penicylinę <input type="checkbox"/> Erytromycynę <input type="checkbox"/> Tetracyklinę <input type="checkbox"/> Sulfonamidy <input type="checkbox"/> Kauczuk, latex <input type="checkbox"/> Miejscowy środek znieczulający <input type="checkbox"/> Metale (nikiel, złoto, srebro, inne: .....) <input type="checkbox"/> Inne: .....	TAK	NIE	Czy pacjent był leczony, bądź narażony na zakażenie jakąś poważną chorobą zakaźną w ciągu ostatnich dwóch lat?	TAK	NIE
					Czy pacjent ma planowane zabiegi chirurgiczne w przeciągu najbliższych 18 m-cy?
Choroby układu krążenia			Choroby tarczycy		
Infekcyjne zapalenie wsierdzia			Oslabienie układu odpornościowego		
Sztuczna zastawka			Schorzenia nerek		
Leczona wada serca			Schorzenia wątroby		
Zakrzepy lub zatory			Schorzenia neurologiczne		
Anemia			Epilepsja (napady padaczkowe)		
Zaburzenia krzepnięcia / skazy krwotoczne			Wirusowa infekcja jamy ustnej (np. opryszczka)		
Rozrusznik serca / wszczepiony defibrylator			Inne schorzenia (Jeśli tak, to jakie: .....)		
Cukrzyca			<b>CZY:</b>		
Przebyty zawał w przeciągu ostatnich 6 miesięcy			Miewasz stany zapalne jamy ustnej, krwawienie dziąseł?		
Choroby płuc			Czy rodzice mieli lub mają paradontozę?		
Wyleczony guz lub nowotwór złośliwy			Palisz papierosy lub paliłeś/aś dawniej?		
Guz lub inny nowotwór aktualnie w trakcie leczenia			KOBIETA – przyjmujesz środki antykoncepcyjne?		
Osteoporoza / osteopenia			KOBIETA – jesteś w ciąży?		
Reumatoidalne zapalenie stawów			<b>PRZYJMOWANE LEKI</b>		
Sztuczne protezy (np. stawów)			<b>Nazwa leku</b>	<b>Powód przyjmowania</b>	
Radioterapia / Chemioterapia w ciągu ostatnich 12 miesięcy					
WZW (żółtaczka) typ B lub C					
HIV / AIDS					

.....  
**Podpis pacjenta**