

Όνομα Ασθενούς: _____

Ταυτ. Ασθενούς No.: _____

Ημερομηνία Γέννησης: _____

I. ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΚΥΚΛΟ ΣΤΗ ΣΩΣΤΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ (αφήστε κενό αν δεν καταλαβαίνετε την ερώτηση):

- | | | | | | | |
|----|-----|-----|--|--|--|---|
| 1. | Ναι | Όχι | Σε γενικές γραμμές, είναι καλή η υγεία σας; | | | |
| 2. | Ναι | Όχι | Έχετε παρατηρήσει καμία αλλαγή στην υγεία σας εντός του περασμένου έτους; | | | |
| 3. | Ναι | Όχι | Έχετε πάει στο νοσοκομείο ή πάσχατε από κάποια σοβαρή ασθένεια τα περασμένα τρία χρόνια;
Αν ΝΑΙ, γιατί: _____ | | | |
| 4. | Ναι | Όχι | Θεραπεύεστε από γιατρό τώρα; Για πιο λόγο; _____
Ημερομηνία της τελευταίας ιατρικής εξέτασης; _____ | | | Ημερομηνία της τελευταίας οδοντιατρικής εξέτασης; _____ |
| 5. | Ναι | Όχι | Είχατε κανένα πρόβλημα με την προηγούμενη οδοντιατρική σας φροντίδα; | | | |
| 6. | Ναι | Όχι | Πονάτε τώρα; | | | |

II. ΕΧΕΤΕ ΑΙΣΘΑΝΘΕΙ:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|-----------------------------------|
| 7. | Ναι | Όχι | Πόνο στο στήθος (στηθάγχη); | 18. | Ναι | Όχι | Ζαλάδα; |
| 8. | Ναι | Όχι | Πρησμένους αστραγάλους; | 19. | Ναι | Όχι | Κουδούνισμα στα αυτιά; |
| 9. | Ναι | Όχι | Λαχάνιασμα; | 20. | Ναι | Όχι | Πονοκεφάλους; |
| 10. | Ναι | Όχι | Πρόσφατη απώλεια βάρους, πυρετό, νυκτερινή εφίδρωση; | 21. | Ναι | Όχι | Λιποθυμίες; |
| 11. | Ναι | Όχι | Επίμονο βήχα, αιμόπτυση; | 22. | Ναι | Όχι | Θολωμένη όραση; |
| 12. | Ναι | Όχι | Προβλήματα αιμορραγίας, μελανιάζετε εύκολα; | 23. | Ναι | Όχι | Επιληπτικούς παροξυσμούς; |
| 13. | Ναι | Όχι | Ρινικά προβλήματα; | 24. | Ναι | Όχι | Υπερβολική δίψα; |
| 14. | Ναι | Όχι | Δυσκολία κατά την κατάποση; | 25. | Ναι | Όχι | Συχνουρία; |
| 15. | Ναι | Όχι | Διάρροια, δυσκοιλιότητα, αίμα στα κόπρανα; | 26. | Ναι | Όχι | Ξηρό στόμα; |
| 16. | Ναι | Όχι | Συχνός εμετός, ναυτία; | 27. | Ναι | Όχι | Ίκτερος; |
| 17. | Ναι | Όχι | Δυσκολία κατά την ούρηση, αίμα στα ούρα; | 28. | Ναι | Όχι | Πόνος στις κλειδώσεις, δυσκαμψία; |

III. ΕΧΕΤΕ ΤΩΡΑ Ή ΕΙΧΑΤΕ ΠΟΤΕ:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|---|
| 29. | Ναι | Όχι | Καρδιακή πάθηση; | 40. | Ναι | Όχι | AIDS |
| 30. | Ναι | Όχι | Καρδιακή προσβολή, ελαττώματα της καρδιάς; | 41. | Ναι | Όχι | Όγκους, καρκίνο; |
| 31. | Ναι | Όχι | Καρδιακό φύσημα; | 42. | Ναι | Όχι | Αρθρίτιδα, ρευματικά; |
| 32. | Ναι | Όχι | Ρευματικό πυρετό; | 43. | Ναι | Όχι | Οφθαλμικές παθήσεις; |
| 33. | Ναι | Όχι | Αποπληξία, σκλήρυνση των αρτηριών; | 44. | Ναι | Όχι | Ασθένειες του δέρματος; |
| 34. | Ναι | Όχι | Υψηλή πίεση αίματος; | 45. | Ναι | Όχι | Αναιμία; |
| 35. | Ναι | Όχι | Άσθμα, φυματίωση, εμφύσημα, άλλες αναπνευστικές νοσους; | 46. | Ναι | Όχι | Αφροδίσια νοσήματα
(σύφιλη ή βλεννόρροια); |
| 36. | Ναι | Όχι | Ηπατίτιδα, άλλες ασθένειες του ήπατος; | 47. | Ναι | Όχι | Έρπης |
| 37. | Ναι | Όχι | Προβλήματα στομάχου, έλκος; | 48. | Ναι | Όχι | Ασθένεια νεφρών, κύστης; |
| 38. | Ναι | Όχι | Αλλεργίες σε: φάρμακα, τρόφιμα, λατέξ; | 49. | Ναι | Όχι | Ασθένεια θυρεοειδούς, επινεφρίδιου; |
| 39. | Ναι | Όχι | Οικογενειακό ιστορικό διαβήτη, προβλήματα
καρδιάς, όγκοι; | 50. | Ναι | Όχι | Διαβήτη; |

IV. ΕΧΕΤΕ ΤΩΡΑ Ή ΕΙΧΑΤΕ ΠΟΤΕ:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----------------------------|-----|-----|-----|------------------------|
| 51. | Ναι | Όχι | Ψυχιατρική φροντίδα; | 56. | Ναι | Όχι | Νοσοκομειακή Νοσηλεία; |
| 52. | Ναι | Όχι | Θεραπεία ακτινοβολίας; | 57. | Ναι | Όχι | Μετάγγιση αίματος; |
| 53. | Ναι | Όχι | Χημειοθεραπεία; | 58. | Ναι | Όχι | Εγχειρήσεις; |
| 54. | Ναι | Όχι | Προσθετική βαλβίδα καρδιάς; | 59. | Ναι | Όχι | Βηματοδότη; |
| 55. | Ναι | Όχι | Τεχνητές αρθρώσεις; | 60. | Ναι | Όχι | Φακούς επαφής; |

V. ΠΑΙΡΝΕΤΕ:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|----------------------|
| 61. | Ναι | Όχι | Ναρκοτικά | 63. | Ναι | Όχι | Καπνό παντός είδους; |
| 62. | Ναι | Όχι | Φάρμακα, φάρμακα άνευ συνταγής
(Περιλαμβάνει την Ασπιρίνη), φυσικά φάρμακα; | 64. | Ναι | Όχι | Οινόπνευμα; |

Παρακαλείστε να απαντήσετε: _____

VI. ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ:

- | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|---|-----|-----|-----|--------------------------|
| 65. | Ναι | Όχι | Είσατε έγκυος ή υπάρχει πιθανότητα εγκυμοσύνης
ή θυλάζετε; | 66. | Ναι | Όχι | Παίρνετε αντισυλληπτικά; |
|-----|-----|-----|---|-----|-----|-----|--------------------------|

VII. ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ:

- | | | | |
|-----|-----|-----|---|
| 67. | Ναι | Όχι | Έχετε ή είχατε ποτέ καμία άλλη ασθένεια ή ιατρικό πρόβλημα που ΔΕΝ περιλαμβάνεται σε αυτό το έντυπο;
Αν ναι, εξηγήστε: _____ |
|-----|-----|-----|---|

Απ' όσα γνωρίζω έχω απαντήσει όλες τις ερωτήσεις εντελώς και ακριβώς. Θα ειδοποιήσω τον οδοντίατρό μου σχετικά με οποιαδήποτε αλλαγή στην υγεία μου και στα φάρμακά μου.

Υπογραφή ασθενούς: _____

Ημερομηνία: _____

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ:

- | | |
|-----------------------------|-------------------|
| 1. Υπογραφή ασθενούς: _____ | Ημερομηνία: _____ |
| 2. Υπογραφή ασθενούς: _____ | Ημερομηνία: _____ |
| 3. Υπογραφή ασθενούς: _____ | Ημερομηνία: _____ |