

Imię i nazwisko pacjenta: .....

PESEL: .....

WYWIAD OGÓLNY - Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pani/Pana:	TAK	NIE	NIE WIEM
Nadciśnienie			
Chorobę niedokrwinną serca			
Zawał serca			
Niewydolność krążenia			
Stan po operacji serca			
Choroby nerek			
Choroby reumatyczne			
Choroby oczu			
Zaburzenia hormonalne			
Cukrzycę			
Padaczkę			
Udar mózgu			
Zaburzenia krzepnięcia			
Żółtaczkę zakaźną typu A (WZW A)			
Żółtaczkę zakaźną typu B (WZW B)			
Żółtaczkę zakaźną typu C (WZW C)			
HIV/AIDS			
Choroby tarczycy			
Astmę			
Choroby skóry			
Alergię na leki ( <i>jakie?</i> .....			
Alergię na nikiel			
Alergię na środki znieczulające			
Alergię na materiały stomatologiczne			
INNE	TAK	NIE	NIE WIEM
Menstruacja (aktualnie)			
Ciąża (aktualnie)			
Zabieg operacyjny w ciągu ostatnich 2 lat			
Aktualnie podjęte leczenie ( <i>z jakiego powodu?</i> .....			
WYWIAD STOMATOLOGICZNY – Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pani/Pana:	TAK	NIE	NIE WIEM
Opryszczkę lub inne zmiany w jamie ustnej ( <i>jakie?</i> .....			
Choroby dziąseł			
Problemy z gryzieniem			
Zaciskanie/zgrzytanie zębami podczas snu			
Problemy okolicy stawów skroniowo-żuchwowych, uszu lub części twarzy			
Trudności przy otwieraniu/zamykaniu jamy ustnej			

Dodatkowe informacje o stanie zdrowia/przyjmowanych lekach: .....

 .....  
 .....

**Oświadczam, że wszystkie podane odpowiedzi są zgodne z prawdą. Jeśli w moim stanie zdrowia zajdą jakiegokolwiek zmiany, np. ujawnienie schorzenia, rozpoczęcie leczenia, poinformuję o tym fakcie lekarza w trakcie następnej wizyty**

Warszawa, dnia ..... Podpis pacjenta: .....