

Zabrze dn.

Indywidualna Praktyka Dentystyczna

Lek.dentysta Piotr Ząbkiewicz

41-800 Zabrze ul.Cieszyńska 16

NIP 6312362561

Wywiad z Pacjentem

Nazwisko

Imię

Data urodzenia.....

Telefon.....

1. Czy choruje Pan(i) na niżej wymienione choroby?

(odpowieź TAK lub NIE)

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| - Choroba serca..... | - Alergia/Astma..... |
| - Choroba wątroby..... | - Padaczka..... |
| - Choroba tarczycy..... | - Cukrzyca..... |
| - Choroba żołądka, jelit..... | - Nadciśnienie..... |
| - Choroba Nowotworowa... | - Wirusowe zapalenie wątroby..... |
| - Choroba nerwowa..... | - Zaburzenia krzepnięcia krwi..... |
| - Choroba skóry..... | - Gruźlica..... |
| - Choroba stawów..... | - AIDS/HIV..... |
| - Choroba krążenia..... | - Szczepienie p -WZW..... |
| - Choroba nerek..... | Zabiegi tatuażu i piercingu..... |
| - Choroba płuc..... | |
| - Inne choroby?..... | |

2.Czy przebywał Pan(i) przez ostatnie 2 lata w szpitalu?.....

3.Czy wystąpiła utrata przytomności, powód?.....

4.Czy Pan(i) zażywa stale lub okresowo lekarstwa, jakie?.....

5.Czy Pani jest w ciąży?(który miesiąc).....

.....
data i podpis