

Historia shëndetësore

Gjendja juaj shëndetësore është shumë e rëndësishme për trajtimin dentar. Ju lutem plotësoni këtë pyetësor. Përgjigjet e tuaja janë dhe do të përdoren sekret.

Pacienti	<input type="radio"/> Zonja	<input type="radio"/> Zotëri	E-Mail	_____
Mbiemri	_____		Tel. privat	_____
Emri	_____		Tel. punës	_____
Adresa	_____		Mobil-Tel.	_____
Kodi postar/Qyteti	_____		Nacionaliteti	_____
Data e lindjes	_____		Profesioni	_____

Sigurimi	<input type="radio"/> Shëndetësor:	<input type="radio"/> Dentar:	<input type="radio"/> Për Aksidente:
Nr. _____	_____	_____	_____

A keni mbështetje nga	<input type="radio"/> Ergänzungsleistung (Përfitimi plotësues)	<input type="radio"/> Sozialhilfe (Social)	<input type="radio"/> Pa mbështetje?
------------------------------	---	---	--------------------------------------

Përfaqësuesit ligjorë	<input type="radio"/> Zonja	<input type="radio"/> Zotëri	
Mbiemri, Emri	_____		Tel. privat _____
Adresa	_____		Tel. punës _____
Kodi postar/Qyteti	_____		Mobil- Tel. _____

<input type="radio"/> Mjeku familjarë	<input type="radio"/> Pediatër		
	<input type="radio"/> Zonja	<input type="radio"/> Zotëri	
Mbiemri, Emri	_____		Tel. punës _____
Adresa	_____		Mobil- Tel. _____
Kodi postar/Qyteti	_____		

Stomatologu privat	<input type="radio"/> Zonja	<input type="radio"/> Zotëri	
Mbiemri, Emri	_____		Tel. punës _____
Adresa	_____		Mobil- Tel. _____
Kodi postar/Qyteti	_____		

Arsyeja e konsultimit: _____

Cili mjek apo stomatolog ju ka dërguar në ordinancën tonë?	Mbiemri, Emri _____
	Adresa _____
	Kodi postar/Qyteti _____

Pyetjet shëndetësore

01. A jeni ose keni qenë ne kohën e fundit në konsultim mjekësor? Po Jo
Nëse po, për çfarë **sëmundje**? _____

02. A keni pas donjë **operacion**? Nëse po, çfarë? _____ Po Jo

03. A keni pas ndonjëherë ose keni **hepatit** (Vërdhëzen/sarillakun, ndezje të mushkërive)? Po Jo

04. A përdorni rregullisht Tableta/**Medikamente**? Nëse po, çfarë? _____ Po Jo

A jeni në përdorimin e Bifosfonatës (psh. kundër Osteoporozës)? Po Jo

05. A ankoheni prej Zembrës ose **çrregullimit të tensionit**? Po Jo

Tensioni lart/ulët Vlëra: _____ Angjinë

- Infarkt i zemrës
- Defekt të valvulës, Valvulë artificiale të zemrës
- Sulm në kokë
- Inflamacion endokardit (Endokarditis)

06. A jeni **HIV pozitiv**, apo keni Sidën? Po Jo
-
07. A ankoheni nga ndonjë **sëmundje të gjakut**? Po Jo
 Hemofili Anemi
 A përdorni hollues të gjakut? Po Jo
-
08. A ankoheni nga **sëmundjet metabolike**? Po Jo
 Sëmundjet e tiroideve Diabeti
 Etj.: _____
-
09. A jeni **alergjik**? Po Jo
 Alergji nga bari (lulet) Astma Etj.: _____
 A reagoni tepër ndjeshëm në:
 Injeksione? Tableta/Medikamente?
 Ujë për shpërlarjen e gojës? Ushqimi?
-
10. A keni pasur ndonjëherë:
 Ndezje të fulzisë? Kimioterapi? Pse? _____
 Reumatizëm, ëntje të trupit? Radioterapi, Rrezatim? _____
 Pengesë në përcjellje të ushqimit? A po ndonjë tjetër sëmundje?
Nëse po, çfarë? _____
 Çrregullim hormonal?
 Tuberkulozë?
 Sëmundje të organeve (Mushkëri, Mëlçi, Veshkë)? _____
-
11. A jeni momentalisht **shtatzënë**? Cilën javë? _____ Po Jo
-
12. A mbani **proteza në trup, stimulues kardiak ose Implantat**? Po Jo
 Çfarë? _____
-
13. A e pini, ose keni pirë duhanin? Po Jo
 Çfarë? _____ Sa copa në ditë? _____
-
14. A ankoheni nga **fryma me erë të keqe** nga goja? Po Jo
-
15. A keni **mbrojtëse të dhëmbëve**, që e përdorni në sport? Po Jo
 A keni pasur kohën e fundit ndonjë **lëndim të dhëmbëve**? Po Jo

Unë përfitoj njohuri, që të dhënat dhe gjetjet e historisë time mjekësore dhe rregullat, si kopjet e tyre për sqarime dhe informata të nevojshme, të diskutohen me mjekun familjar ashtu edhe me sigurime. Për shkak të faturave, dhe Institucionit të mbledhjeve të borxhit do të dërgohen të dhënat e mia, në mënyrë sekrete.

Data:

Nënshkrimi:

Unë **pajtohem** me dhënjen e anestezisë lokale nëse është e nevojshme. Jam i **informuar**, që në mandibula dhe në gjuhë, pastaj mund të ketë komplikacione (mpirje të vazhdueshme, therje), të cilat me kalimin e kohës mund të zhduken. Përfitoj njohuri, që mbas konsultimit dentar, kirurgjik vozitja dhe çdo aktivitet në rrugë për disa orë mund të jetë rrezik i rritur për aksidente.

Data:

Nënshkrimi:

Unë **pajtohem**, që të gjitha të dhënat, mostrat dhe dhëmbët e nxjerrë në përputhje të plotë me konfidencialitetin në formën anonime, për qëllime shkencore, në hulumtimet mjekësore, mund të përdoren. Të dhënat mund të përdoren edhe me qëllime të testimi dhe të verifikimit nga autoritetet kompetente të komisionit të etikës rajonale (kantonale). Në këtë drejtim stomatologu është i liruar nga sekretet e pacientit. Unë mund të terheq këtë pëlqim në çdo kohë, pa asnjë dëm për konsultimet e vazhdueshme.

Data:

Nënshkrimi: