

## Anamnese – Ficha de Avaliação da Saúde

O seu estado de saúde pode ter uma influência no seu tratamento dental, por isto pedimos a você para preencher este formulário. Os seus dados são confidenciais e estão sujeitos ao sigilo profissional.

<b>Paciente</b>	<input type="radio"/> Senhor <input type="radio"/> Senhora	E-Mail	_____
Nome da Família	_____	Tel. particular	_____
Primeiro nome	_____	Tel. trabalho	_____
Rua & Nr.	_____	Tel. celular	_____
Código postal, Local	_____	Nacionalidade	_____
Data de Nascimento	_____	Profissão	_____

<b>Seguro</b>	<input type="radio"/> Seguro de saúde:	<input type="radio"/> Suplemento:	<input type="radio"/> Acidente:
Nr. _____	_____	_____	_____

<b>Recebe Ajuda</b>	<input type="radio"/> Ergänzungsleistung	<input type="radio"/> Sozialhilfe	<input type="radio"/> Nenhuma ajuda?
---------------------	--	-----------------------------------	--------------------------------------

<b>Reponsável</b>	<input type="radio"/> Senhor <input type="radio"/> Senhora		
Nome e primeiro nome	_____	Tel. particular	_____
Rua & Nr.	_____	Tel. trabalho	_____
Código postal, Local	_____	Tel. celular	_____

<input type="radio"/> <b>Médico da família</b>	<input type="radio"/> <b>Pediatra</b>		
	<input type="radio"/> Senhor <input type="radio"/> Senhora		
Nome e primeiro nome	_____	Tel. trabalho	_____
Rua & Nr.	_____	Tel. celular	_____
Código postal, Local	_____		

<b>Dentista</b>	<input type="radio"/> Senhor <input type="radio"/> Senhora		
Nome e primeiro nome	_____	Tel. trabalho	_____
Rua & Nr.	_____	Tel. celular	_____
Código postal, Local	_____		

<b>Motivo da visita a clínica:</b>	_____
------------------------------------	-------

Qual o nome do médico/a ou dentista que fez a indicação?	Nome e primeiro nome _____
	Rua & Nr. _____
	Código postal, Local _____

### Questionário sobre o estado de saúde

01. O senhor/a esteve nos últimos dias em tratamento médico? Se esteve, qual a razão e o nome da <b>enfermidade</b> ?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
02. Já sofreu alguma <b>operação</b> ? Qual?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
03. Sofre de <b>Hepatite</b> (Icterícia)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
04. Faz uso de <b>medicamento</b> regularmente? Qual?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
_____	
_____	
Faz uso de Bisphosphonate (por exemplo por causa da Osteoporose)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
05. O senhor/a sofre de doença <b>cardíaca ou circulatória</b> ? Caso sim, marque abaixo.	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

- Pressão alta ou baixa      Valor:        Angina pectoris  
 Enfarte do miocárdio       Apoplexia  
 Insuficiência valvular cardíaca, válvula cardíaca artificial       Inflamação do endocárdio (Endocardites)

06. O senhor/a é **HIV-positivo**?  Sim  Não

07. Sofre de alguma doença **sanguínea**? Caso sim, marque abaixo.  Sim  Não  
 Hemofilia       Anemia  
 Faz uso de **medicamento para diluir o sangue**?  Sim  Não

08. O senhor/a sofre de **enfermidade metabólica**? Caso sim, marque abaixo.  Sim  Não  
 Enfermidade na tireóide       Diabetes  
 Outras: \_\_\_\_\_

09. Sofre de **Alergia**? Caso sim, marque abaixo.  Sim  Não  
 Pólen       Asma       Outras: \_\_\_\_\_  
 Reage hipersensível a:  
 Injeções?       Medicamento?  
 Líquido para bochechos?       Gênero Alimentício?

10. Sofreu alguma vez de:  
 Sinusites?       Quimioterapia? Porque? \_\_\_\_\_  
 Reumatismo, Inchaço na Articulação?      \_\_\_\_\_  
 Indigestão (problema com o Estômago)?       Radioterapia? Aonde? \_\_\_\_\_  
 Problema Hormonal?       Alguma outra enfermidade séria?  
 Tuberculose?      Caso sim, qual? \_\_\_\_\_  
 Enfermidade nos órgãos (Pulmão, Fígado, Rin, etc.)?      \_\_\_\_\_

11. A senhora está **Grávida**? Em qual semana? \_\_\_\_\_  Sim  Não

12. Faz uso de **Prótese (articulação), Marca-Passo** oder **outro Implante**?  Sim  Não  
 Qual? \_\_\_\_\_

13. O senhor/a fuma ou já fumou?  Sim  Não  
 O que? \_\_\_\_\_ Quantos? \_\_\_\_\_

14. Sofre de **mau Hálito**?  Sim  Não

15. O senhor/a é portador de alguma **Proteção para os dentes**, e a usa quando pratica esporte?  Sim  Não  
 Sofreu nos últimos dias **Acidente dentário**?  Sim  Não

**É do meu conhecimento que**, todos os dados e diagnose da minha Avaliação de Saúde, inclusive radiografias, fotos e cópias dos mesmos, por motivo de algum esclarecimento, poderão ser enviados ao meu médico particular, que também está sujeito ao sigilo profissional. Como também ao meu seguro, caso seja necessário algum esclarecimento com relação a minha fatura.

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**Eu estou de acordo**, que seja feita a anestesia local, caso necessário. Também que serei **informada**, caso a anestesia seja feita no maxilar inferior, que poderei sentir irritações (como perda da sensibilidade) que depois de algumas horas geralmente desaparecem. É do meu conhecimento, que após tratamento cirúrgico, devido a anestesia, eu não devo fazer uso do meu veículo no trânsito, devido ao risco de acidente.

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**Eu estou de acordo**, que os meus dados, dentes e tecidos que forem retirados, sejam usados para o uso de pesquisa científica, sendo rigorosamente respeitado o sigilo profissional. Também, que os meus dados, caso necessário, sejam vistos pela comissão de Ética Dentária, isto também sendo rigorosamente respeitado o sigilo profissional. Sendo assim o meu dentista estará suspenso do segredo profissional. Eu posso revogar esta autorização a cada momento, sem que eu venha a ter algum inconveniente.

Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_