

PACIENTO SVEIKATOS ANKETA

PACIENTO DUOMENYS

Pacientas _____

Lytis Vyras Moteris

Amžius _____

Anketos data _____

Telefono nr. _____

El. pašto adresas _____

Šalis kurioje gyvenate _____

Konkreči problema (diagnozė), registravimosi priežastis

Ar buvote pas gydytoją-ortodontą/-ę pirmoje konsultacijoje? Taip Ne

Jei taip, pas kurį, kurioje klinikoje _____

I DALIS. NUSISKUNDIMAI

Pagrindinis nusiskundimas _____

Dantys Kreivi Atsikišę Susigrūdę Nesusikanda

Veidas Blogas profilis Didelis žandikaulis Mažas žandikaulis Veido asimetrija

Šypsena Kreiva Dantenų šypsena Šypsena matosi nepakankamai

Miegas Knarkimas Dieninis mieguistumas Neišsimiegojimo jausmas ryte

II DALIS. SVEIKATOS BŪKLĖ

Ar sergate arba esate sirgęs **BENT VIENA** iš šių ligų? (pasirinkite TAIP arba NE)

Širdies liga Taip Ne

Širdies operacija Taip Ne

Jei taip, nurodykite metus: _____

Ar implantuotas širdies stimulatorius Taip Ne

Širdies užėsiai Taip Ne

Reumatinė karštinė Taip Ne

Aukštas kraujo spaudimas Taip Ne

Astma Taip Ne

Emfizema Taip Ne

Lėtinis bronchitas Taip Ne

Lėtinės ligos Taip Ne

Tuberkuliozė Taip Ne

Cukrinis diabetas Taip Ne

Sąnarių (klubo/kelio) operacijos Taip Ne

Jei taip, nurodykite metus: _____

Smegenų insultas Taip Ne

Kepenų liga Taip Ne

Gelta (hepatitas A) Taip Ne

Inkstų liga Taip Ne

Traukuliai/apalpimas Taip Ne

Artritas/reumatas Taip Ne

Sinusitas Taip Ne

Šienligė/alerginės reakcijos Taip Ne

Venerinės ligos Taip Ne

Medžiagų apykaitos sutrikimai Taip Ne

Skydliaukės ligos Taip Ne

Infekcinės ligos (Hepatitis B, C) Taip Ne

Jei taip, pasirinkite: B C

Ar rūkote Taip Ne

Jei taip, kiek cigarečių per parą _____

Prašome atsakyti **TAIP** arba **NE** į šiuos klausimus (pasirinkite **TAIP** arba **NE**)

1. Ar sergate kraujo liga? Ar yra sutrikęs kraujo krešėjimas?

Taip Ne

2. Ar kada nors stipriai kraujavo (ar reikėjo profesionalios kraujavimo stabdymo pagalbos) po operacijos, danties rovimu ar traumos?

Taip Ne

Jei taip, pakomentuokite:

3. Ar šiuo metu vartojate kokius nors medikamentus (įskaitant aspiriną, kontraceptinius ar kraują skystinančius vaistus)?

Taip Ne

Išvardinkite jų pavadinimus ir dozes

4. Ar Jums kada nors yra buvusi alerginė reakcija arba ryški šalutinė reakcija į kurį nors vaistą ar medžiagą?

Taip Ne

Jei taip, nurodykite jų pavadinimus:

5. Ar šiuo metu esate gydomas dėl kurios nors (ne odontologinės) ligos?

Taip Ne

Jei taip, dėl kurios ligos?

Kas Jūsų gydantis (šeimos) gydytojas/-a? _____

Jo/jos telefono numeris _____

6. Ar Jus vargina smilkininio-apatinio žandikaulio sąnario skausmas ar traškesys?

Taip Ne

7. Ar veido ir kaklo sričiai kada nors buvo pritaikytas spindulinis gydymas?

Taip Ne

8. Ar turite/kada nors turėjote priklausomybę alkoholiui/narkotikams?

Taip Ne

9. Ar sergate depresija, ar Jus kamuoja nerimas?

Taip Ne

10. Tik moterims: Ar esate nėščia?

Taip Ne

Jei taip, nurodykite tikėtiną gimdymo datą

Kas Jūsų gydantis gydytojas/-a?

Jo/jos telefono numeris

11. Genetinis sindromas

Taip Ne

Jei taip, pakomentuokite:
