



www.drchilintan.ro

NUME ..... PRENUME.....

Data nașterii..... CNP..... Loc de muncă.....

Adresa ..... Email.....

Telefon.....

	DA	NU
1. Ați mai avut tratamente stomatologice?		
2. Ați avut probleme la anestezia locală?		
3. Aveți alte intervenții chirurgicale?		
4. Suferiți de boli cardiace? (hipertensiune, angină, infarct, tulburări de ritm, etc )		
5. Suferiți de boli de ficat sau vezică biliară?		
6. Aveți diabet zaharat?		
7. Aveți boli respiratorii? (astm, bronșite, TBC)		
8. Suferiți de boli nervoase? (epilepsie, depresie, etc)		
9. Aveți boli de sange? (anemie, leucemie, tulburări de coagulare)		
10. Sunteți alergic la vreun medicament?		
11. Ați avut boli infectioase recente?		
12. Alte boli? (renale, endocrine, HIV/SIDA, hepatită,etc.)		
13. Aveți o teamă față de tratamentul stomatologic?		
14. Pentru femei: Sunteți însărcinată?		
15. Ce medicamente luați acum? .....		
16. Suferiți de alte boli în afară de cele prezentate mai sus?.....		

Declar pe proprie răspundere că am completat sincer fișa legată de problemele de sănătate de care sufar în acest moment sau am suferit in trecut, și am înscris corect toate medicamentele și tratamentele efectuate.

Data .....

Semnatura .....

Medicul dentist nu își asumă răspunderea pentru accidentele și incidentele datorate ascunderii stării reale de sănătate. Sinceritatea Dumneavoastră ne ajuta să împiedicăm transmiterea unor boli grave și să îmbunătățim calitatea actului medical.

Datele personale și informațiile cuprinse în această fișă sunt confidențiale și nu vor fi utilizate în alte scopuri, ci doar pentru tratamentul stomatologic

Dr. Dorin Chilințan