

Karta wywiadu: **dorośli i dzieci**

Witamy w naszej poradni ortodontycznej. Uprzejmie prosimy o uważne wypełnienie karty dotyczącej aktualnego stanu zdrowia. Informacje te pozwolą nam zapewnić Państwu optymalne leczenie ortodontyczne.

Imię i nazwisko Pacjenta PESEL.....
 Data urodzenia Telefon kontaktowy
 Adres zamieszkania Adres email

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego z którym pacjent będzie zgłaszał się na wizyty i który będzie miał dostęp do informacji medycznych (dotyczy Pacjentów niepełnoletnich).

Skąd dowiedzieliście się Państwo o naszym Gabinetcie – internet, znajomy, koleżanka, kolega ?

Data ostatniej wizyty stomatologicznej:

Imię i nazwisko stałego lekarza stomatologa:

Czy Pacjent dostał pisemne/ustne skierowanie do lekarza ortodonta TAK NIE NIE WIEM

Czy Pacjent był w przeszłości leczony ortodontycznie TAK NIE NIE WIEM

Jeśli istnieją materiały dotyczące poprzedniego leczenia (modele, zdjęcia rentgenowskie, karta pacjenta itd.) należy je przedłożyć na spotkaniu dotyczącym porady/planowania leczenia.

Czy u Pacjenta były wykonywane zdjęcia rentgenowskie? TAK NIE NIE WIEM

W ramach niezbędnej dla leczenia ortodontycznego diagnostyki konieczne jest wykonanie zdjęć rentgenowskich czaszki i zgryzu. Dokładamy przy tym wszelkich starań, by możliwie zminimalizować napromieniowanie. Dlatego też powinni nas Państwo poinformować, jeśli w ostatnich miesiącach były wykonywane jakiegokolwiek zdjęcia rentgenowskie, zwłaszcza głowy lub zębów, wówczas zdecydujemy, czy można całkowicie lub częściowo zrezygnować z ich ponownego wykonania.

Czy Pacjent przyjmuje/niedawno skończył przyjmować jakieś leki? Jakież? TAK NIE NIE WIEM

Czy Pacjent ma alergię na materiały medyczne (np.leki, lateks), środki znieczulające, metale (np. **nikiel**) lub inne?

TAK NIE NIE WIEM

Czy Pacjent był szczepiony przeciwko WZW? TAK NIE NIE WIEM

Czy Pacjent był w przeciągu ostatnich 2 lat hospitalizowany? TAK NIE NIE WIEM

Czy Pacjentka jest w ciąży? TAK NIE NIE WIEM

Czy u Pacjenta występują następujące problemy?

| | | | |
|--|-----|-----|----------|
| Oddychanie przez usta | TAK | NIE | NIE WIEM |
| Chrapanie w czasie snu | TAK | NIE | NIE WIEM |
| Częste przeziębienia/katary/zapalenie gardła | TAK | NIE | NIE WIEM |
| Ból lub trzaski w stawach skroniowo-żuchwowych | TAK | NIE | NIE WIEM |
| Ból przy żuciu lub szerokim otwarciu ust | TAK | NIE | NIE WIEM |
| Obgryzanie paznokci lub innych przedmiotów | TAK | NIE | NIE WIEM |
| Zgrzytanie lub zaciskanie zębów | TAK | NIE | NIE WIEM |
| Uraz zębów/twarzy | TAK | NIE | NIE WIEM |
| Nadwrażliwość zębów na zimno/ciepło | TAK | NIE | NIE WIEM |
| Krwawienie dziąseł przy szczotkowaniu | TAK | NIE | NIE WIEM |

Czy Pacjent chorował/choruje na niżej wymienione choroby (proszę podkreślić lub dopisać)

Choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego)

Inne choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności)

Choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli)

Zaburzenia przemiany materii (cukrzyca, dna moczanowa)

Choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne)

Choroby układu nerwowego (padaczka, niedowłady, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia)

Choroby układu kostno-stawowego (zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, osteoporoza, choroba reumatyczna)

Choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba)

Zmiany nastroju (depresja, nerwica)

Choroby zakaźne (żółtaczką zakaźną A, B, C, HIV/AIDS)

Inne (Proszę dopisać w razie konieczności)

Jakie są oczekiwania Pacjenta w odniesieniu do leczenia ortodontycznego (główny powód zgłoszenia)

Inne uwagi Pacjenta mogące mieć wpływ na leczenie ortodontyczne (opisz)

Oświadczam, iż podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Wszystkie zmiany mojej sytuacji zdrowotnej zobowiązuję się zgłosić przy najbliższej wizycie.

Data

Podpis

