

Adatfelvételi lap

Tisztelt páciensünk!

Az alábbi kérdések megválaszolásával Ön személyi adatai mellett néhány, az egészségi állapotával kapcsolatos információt is közöl részünkre. Erre elsősorban az Ön érdekében, a hatékony és legbiztonságosabb kezelés nyújtása miatt van szükség. Ha a válaszadással kapcsolatban segítsége lenne szüksége, forduljon kollégáinkhoz bizalommal. A kapott adatokat az orvosi titoktartást szem előtt tartva, bizalmasan kezeljük, azokat harmadik fél számára nem szolgáltatjuk ki.

Személyes adatok

Név	
Születési név	
Születési hely, idő	
Anyja neve	
Cím	
TAJ szám	
Telefonszám	
E-mail cím	

18 éven aluli személynél a szülő, gondviselő adatai:

Név	
Telefonszám	
E-mail cím	

Kérem, fordítson!



Egészségi állapottal kapcsolatos kérdések

Áll-e jelenleg orvosi kezelés alatt?	Nem	Igen	
Szed rendszeresen bármilyen gyógyszert?	Nem	Igen	
Volt-e, esetleg jelenleg van-e bármilyen fertőző betegsége?	Nem	Igen	
Volt-e valaha súlyos betegsége vagy műtétje?	Nem	Igen	
Van-e szív- vagy érrendszeri megbetegedése?	Nincs	Igen	
Van-e szívritmusszabályzója (pacemaker)?	Nincs	Igen	
Volt-e valaha infarktusa?	Nem	Igen	
Szed-e váralvadásgátlót?	Nem	Igen	
Milyen a vérnyomása?	Alacsony	Normális	Magas
Véralvadási zavarról, vérzékenységről van-e tudomása?	Nincs	Van	
Van-e asztmája?	Nincs	Van	
Van pajzsmirigy működési zavara?	Nincs	Van	
Van glaucomája (zöldhályog)?	Nincs	Van	
Szenved-e valamilyen idegrendszeri betegségben?	Nem	Igen	
Van-e gyomor-, bél-, epe- vagy májpanasza?	Nincs	Van	
Van-e vesebetegsége?	Nincs	Van	
Volt-e csípő- vagy egyéb protézis műtétje?	Nem	Igen	
Van-e túlérzékenysége, allergiája?	Nincs	Igen	
Szokott-e bőrkiütése (ekcéma) lenni?	Nem	Igen	
Van-e cukorbetegsége?	Nincs	Igen	
Kezelik-e vagy kezelték-e valaha csontritkulás miatt?	Nem	Igen	
Volt-e rosszulléte fogászati érzéstelenítés vagy kezelés során?	Nem	Igen	
Dohányzik?	Nem	Igen	
Fogyaszt rendszeresen alkoholt?	Nem	Igen	
Terhes jelenleg?	Nem	Igen	
Van-e az előbbieken fel nem sorolt betegsége?	Nem	Igen	

Kijelentem, hogy az Általános szerződési feltételeket megismertem, azokat elfogadom.

Kijelentem, hogy az Adatvédelmi tájékoztatót (beleértve a kamerás adatkezelésről szóló tájékoztatót is) megismertem és ez alapján hozzájárulok személyes adataim kezeléséhez a Tájékoztatóban foglalt célokra, beleértve az adatok továbbítását is szakorvosok részére.

Hozzájárulok, hogy fogászati egészségügyi adataimat az EESZT-be feltöltsék. **Kijelentem, hogy az általam megadott adatok a valóságnak megfelelnek.**

Dátum _____

Aláírás _____



T: +36 30 378 1248

E: info@drcsontosborbala.hu

W: drcsontosborbala.hu