

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: ..... ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ...../..... /.....  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ..... ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: .....  
MAIL: ..... ΚΙΝ.ΤΗΛΕΦΩΝΟ: .....  
ΤΗΛ.ΟΙΚΙΑΣ : ..... ΑΠΟ ΠΟΥ ΜΑΘΑΤΕ ΓΙΑ ΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ: .....

### ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

- Αντιμετωπίζετε κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας; NAI  OXI
- Έχετε υπέρταση; NAI  OXI
- Έχετε «φύσημα» ή κάποιο άλλο καρδιολογικό πρόβλημα; NAI  OXI
- Έχετε κάποια αλλεργία; NAI  OXI
- Αν ναι, σε τι; .....
- Πάσχετε από σακχαρώδη διαβήτη; NAI  OXI
- Έχετε κάνει αρθροπλαστική ή άλλη παρόμοια επέμβαση; NAI  OXI
- Αντιμετωπίσατε ποτέ κάποιο πρόβλημα με την πήξη του αίματος; NAI  OXI
- Αντιμετωπίζετε πρόβλημα με το συκώτι, τους νεφρούς, το στομάχι ή το έντερο; NAI  OXI
- Έχετε κάποιο πρόβλημα με το θυρεοειδή; NAI  OXI
- Έχετε νοσήσει από φυματίωση; NAI  OXI
- Έχετε νοσήσει από ηπατίτιδα; NAI  OXI
- Έχετε πάρει ποτέ φάρμακα για την οστεοπόρωση ή διφωσφονικά; NAI  OXI
- Παίρνετε συστηματικά φάρμακα; NAI  OXI
- Αν ναι, ποια; .....
- Καπνίζετε; NAI  OXI
- Αν ναι, πόσο; .....

### ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Πότε επισκεφτήκατε για τελευταία φορά οδοντίατρο και για ποιο λόγο; .....

- Αντιμετωπίσατε ποτέ πρόβλημα με την τοπική αναισθησία; NAI  OXI
- Έχετε παρατηρήσει πληγές στο στόμα σας; NAI  OXI
- Είχατε ποτέ παρατεταμένη αιμορραγία μετά από εξαγωγή δοντιού; NAI  OXI
- Σφίγγετε ή τρίζετε τα δόντια σας; NAI  OXI
- Έχετε θεραπευθεί στο παρελθόν για περιοδοντίτιδα; NAI  OXI
- Έχετε κάνει ορθοδοντική θεραπεία; NAI  OXI
- Ποιος είναι ο λόγος της παρούσας επίσκεψης; .....
- Είστε ικανοποιημένος/η από την αισθητική και τη λειτουργία του στόματός σας; NAI  OXI
- Επιθυμείτε να ενημερώνεστε μέσω sms/mail για επόμενο ραντεβού, προσφορές κ.α. NAI  OXI

Υπογραφή