

**KÉRDŐÍV**  
(Fogorvosi/szájsebészeti beavatkozások előtt)

Kedves Páciensünk!

Bizonyos alapbetegségeket figyelembe kell venni a fogorvosi/szájsebészeti beavatkozások során, ezért szükséges, hogy az Ön egészségi állapotáról kicsit bővebben tájékozódjunk. Kérjük figyelmesen olvassa el és válaszoljon az alábbi kérdésekre, hogy Ön a legmegfelelőbb kezelésben részesülhessen! (A megfelelő választ húzza alá vagy karikázza be!) Az Öntől kapott információkat természetesen az orvosi titoktartás védi!

NÉV:..... DÁTUM:.....  
LAKCÍM:..... TELEFONSZÁM:  
SZÜLETÉSI DÁTUM:.....  
FOGLALKOZÁS (nyugdíjasoknál korábbi foglalkozás):.....

**I.**

- |   |          |
|---|----------|
| 1. Jelenleg áll-e valamilyen orvosi kezelés alatt?<br>Milyen betegség(ek) miatt kezelik?.....<br>.....<br>Kezelőorvos neve, telefonszáma: ..... | IGEN NEM |
| 2. Az utóbbi két évben volt-e kórházban, vagy állt-e orvosi kezelés alatt?<br>Ha igen, miért? .....   | IGEN NEM |
| 3. Volt-e valaha súlyos betegsége vagy műtété?<br>Milyen? .....   | IGEN NEM |
| Mikor? .....  |          |
| 4. Milyen gyógyszert szed rendszeresen? .....   |          |
| .....   |          |
| 5. Szedett-e az utóbbi napokban (hetekben) gyógyszert ezeken kívül?<br>Mit? .....   | IGEN NEM |
| 6. Van-e olyan gyógyszer, amelyre allergiás?<br>Ha igen, mire? .....  | IGEN NEM |
| 7. Volt-e abnormális (szokatlan) reakciója fogászati érzéstelenítéskor vagy<br>műtéti altatáskor?   | IGEN NEM |
| 8. Hölgyeknél: Terhes-e, szoptat-e jelenleg?  | IGEN NEM |

**II.**

- |  |          |
|--|----------|
| 9. Hajlamos-e ájulásra?  | IGEN NEM |
| 10. Szenved-e Ön epilepsiában?<br>Ha igen, mikor volt az utolsó roham? .....   | IGEN NEM |
| A gyógyszer(ek) szedése megakadályozza-e a rohamok jelentkezését?  | IGEN NEM |
| 11. Szenved(ett)-e Ön fertőző betegségben: pl. tbc, hepatitis, AIDS, herpes?<br>Ha igen, miben és mikor? .....                             | IGEN NEM |
| 12. Kapott-e vérátömlesztést?  | IGEN NEM |
| 13. Ismeri-e a vércsoportját? Ha igen, milyen? .....   | IGEN NEM |
| 14. Szenved-e Ön véralvadási zavarban?<br>Előfordult-e hosszan tartó vérzés foghúzás után, borotválkozáskor, sebesülés<br>vagy műtét után? | IGEN NEM |
| 15. Volt-e (van-e) máj-, epepanasza, sárgasága?  | IGEN NEM |
| 16. Szenved-e Ön vesebetegségben?  | IGEN NEM |
| 17. Volt-e daganat miatt operálva, besugározva?<br>Ha igen, mikor, melyik testtájékon történt a besugárzás?<br>.....                       | IGEN NEM |
| 18. Van-e szívritmusszabályozója/pacemaker (pészmékere)?   | IGEN NEM |

19. Volt-e Önnek retinaműtété?	IGEN	NEM
20. Szenved-e Ön asthma bronchialeban (asztmában)?	IGEN	NEM
21. Volt-e már pánikbetegség tünete?	IGEN	NEM

### III.

22. Volt-e szívbelhártyagyulladás (endocarditise)?	IGEN	NEM
23. Volt-e rheumás láza?	IGEN	NEM
Ha igen, van-e ennek következtében billentyűkárosodása?	IGEN	NEM
24. Van-e: szívfejlődési rendellenessége, műbillentyűje, szerzett billentyűhibája, műizülete (izületi protézise), érprotézise, beültetett egyéb szerve (transzplantált szerve), hypertrophias cardiomyopathiája?	IGEN	NEM
(ha igen, húzza alá a megfelelőt!)		
25. Jár-e művesekezelésre (dialízisre)?	IGEN	NEM
26. Szenved-e Ön immunhiányos betegségben? (veleszületett immunhiányos betegség, AIDS, vérképzőszervi megbetegedés (pl. leukaemia), immunsuppressiv therapia, kemoterápia)	IGEN	NEM
27. Szenved-e Ön cukorbetegségben (diabetesben)?	IGEN	NEM

### IV.

28. Ha cukorbeteg, áll-e kezelés alatt?	IGEN	NEM
Ha igen, milyen kezelést kap? .....		
29. Szenved-e Ön zöldhályogban (glaukomában)?	IGEN	NEM
30. Volt-e Önnek: szívrohama (myocardialis infarctusa), szívkoszorúér műtété (coronaria műtété)? Mikor? .....	IGEN	NEM
31. Szokott-e mellkasi fájdalom lenni?	IGEN	NEM
32. Magas-e a vérnyomása?	IGEN	NEM
Ha igen, szed-e erre gyógyszert?	IGEN	NEM
33. Szenved-e Ön pajzsmirigyfunkciós betegségben	IGEN	NEM
Ha igen, áll-e kezelés alatt?		
34. Szokott-e dagadni a bokája?	IGEN	NEM
Előfordul-e nehézlégzés csekély megterhelés után? (pl. lépcsőnjárás)	IGEN	NEM
Van-e nehézlégzése vízszintes, sima fekvéskor?	IGEN	NEM
35. Van-e panasza a termelődő nyál mennyiségével kapcsolatban? (pl. szájszárazság)	IGEN	NEM
36. Hajlamos-e Ön depresszióra?	IGEN	NEM
Ha igen, milyen gyógyszert szed rá? .....		
37. Szedi-e az alábbi gyógyszerek valamelyikét: Melleril, Piportil, Hibernál, Tisercinetta, Pipolphen, Torecan	IGEN	NEM
38. Fogyaszt-e rendszeresen kábítószer?	IGEN	NEM
Ha igen, mit fogyaszt? .....		
Fogyasztott-e kábítószer az elmúlt 24 órában?	IGEN	NEM

### V.

39. Van-e olyan betegsége vagy panasza, mely itt nem volt felsorolva és Önnek fontosnak tűnik, hogy közölje?

.....

.....

Az általam adott válaszok a valóságnak megfelelnek. Ha a jövőben ezekben változás történne, azt a fogászati kezelést megelőzően fogorvosom tudtára adom.

Kelt: Budapest, .....

\_\_\_\_\_  
Páciens aláírása

\_\_\_\_\_  
Orvos aláírása

\_\_\_\_\_  
Hallgató aláírása