Kérdőív az általános egészségi állapot felméréséhez

Páciens neve:	**Születési dátum:**
	TAJ szám:
Felvételi dátum:	**Telefonszám:**

Kedves Páciensünk!

A biztonságos és eredményes kezeléshez fontos, hogy egészségi állapotáról pontos képet kapjunk. Bármilyen információ elhallgatása súlyosan befolyásolhatja egészségét. Kérjük figyelmesen olvassa el a feltett kérdéseket és **MINDEGYIKRE VÁLASZOLJON!!!** Adatait személyiségi jogainak tiszteletben tartásával, és az orvosi titoktartás rendje szerint kezeljük. A kezelés folyamán bekövetkezett változásokról értesítse kezelőorvosát.

Miért kereste most fel a rendelést? ……..….
…….. ……

	Igen	Nem
Van-e akut panasza?		

Milyen gyógyszereket szed és mi a nevük?	Igen	Nem
antibiotikum……		
vérnyomáscsökkentő…….		
gyógyszer szívbetegségre…….		
véralvadásgátló……..		
gyógyszer cukorbetegségre…….		
nyugtató, altató……..		
szteroid (pl. prednisolon)……..		
gyógyszer epilepsziára……		
gyógyszer csontritkulásra……..		
gyógyszer daganatos betegségre……		
egyéb: ……..…		

Van-e valamilyen betegsége?	Van	Nincs
szív- és érrendszeri betegség (infarktus, ritmuszavar, szívelégtelenség, stroke)		
cukorbetegség		
vérképzőrendszeri betegség (vérzékenység, leukémia)		
immunhiánnyal járó betegség		
pajzsmirigyet érintő betegség		
tüdőbetegség (asztma, TBC, COPD)		
fertőző betegség (HIV, hepatitis, TBC,)		
emésztőrendszeri betegség (pl.reflux)		
vesebetegség		
idegrendszeri betegség (pl.epilepszia)		
mozgásszervi betegség (csontritkulás, reuma, csontdaganat)		
autoimmun betegség (lupus, Sjögren)		
pszichiátriai betegség (pánik, depresszió)		
egyéb : ……		

	Igen	Nem
Hajlamos-e ájulásra?		
Visel-e szívritmus szabályozót (pacemakert)?		
Allergiás-e valamire?		
Ha igen, mire?		
gyógyszer:……		
egyéb: …….		

	Volt	Van	Nincs
Volt/Van-e máj-epe panasza?			
Volt/Van-e sárgasága?			
Volt/Van-e daganatos betegsége?			

	Igen	Nem
Fogyaszt-e rendszeresen alkoholt?		
Fogyaszt-e drogokat?		
Dohányzik?		
Használ e-cigarettát?		

	Igen	Nem
Kapott-e vérátömlesztést és mikor (év)?		
Terhes-e/szoptat-e jelenleg?		
Kap-e valamilyen kezelést jelenleg? (dialízis, sugárterápia, kemoterápia, egyéb)		
Van-e implantátuma? (szerv, mesterséges izület)		
Előfordul-e epilepsziás rohama?		
Előfordul-e hipoglikémiás rosszulléte?		

Korábbi műtétek:

	Igen	Nem
……		
……..		

	Igen	Nem
Korábbi fogorvosi kezelés, érzéstelenítés kapcsán volt-e rosszulléte vagy felmerült-e más probléma?		

Ha igen, mi?
…… ……
Egészségét érintő egyéb fontos adat:
……..

A kérdőív a következő oldalon folytatódik. Kérjük fordítson a 2. oldalra!