

KÉRJÜK NYOMTATOTT BETŰVEL KITÖLTENI

A páciens neve.....

Születési helye, ideje,évhónap

Lakcíme.....városút /utcahászám

Telefonszám:...../.....

Mobilszám:...../.....

E-mail.....@.....

Ki ajánlotta önne fogászatunkat?.....

KÓRELŐZMÉNY

	IGEN	NEM
Van-e alapbetegsége ami miatt kezelik?		
Ha igen, mi az a betegség?		
Szenved-e az alábbiak közül valamelyikben?		
Magasvérnyomás		
Szívritmuszavar		
Magasvérnyomás		
Szívritmuszavar		
Pacemaker		
Cukorbetegség		
Epilepszia		
Depresszió		
Emésztőszervi betegség		
Légúti betegség		
Allergia		
Vérzékenység		
Fertőző betegség (AIDS, Hepatitis):		
Egyéb betegség:		
Szed rendszeresen gyógyszert?		
Ha igen milyen gyógyszert?		
Szed véralvadásgátló gyógyszert?		
Szedett az elmúlt 3 hónapban antibiotikumot?		
Van gyógyszerérzékenysége?		
Ha Ön nő, terhes vagy szoptat?		
Dohányzik		
Fogyaszt rendszeresen alkoholt?		

Aláírással igazolom, hogy az általam megadott tájékoztatás a valóságnak megfelel, egyetértek a garanciális feltételekkel, és elfogadom, hogy az előjegyzett kezelési időpontok, a kezelési tervben fellépő változás miatt, bármelyik betegünknél meghosszabbodhatnak.

.....
Páciens aláírása

.....
Kezelőorvos

.....
Dátum



H&H DentalClinic