



Για την παροχή όσο το δυνατόν ασφαλέστερης οδοντιατρικής φροντίδας, σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε το ακόλουθο ερωτηματολόγιο. Εάν έχετε αμφιβολίες ή δεν είστε σίγουρος/η για μία απάντηση, μην την συμπληρώσετε. Τις απαντήσεις σας θα τις ελέγξει ξανά μαζί σας ο οδοντίατρος. Οι πληροφορίες που δίνετε προστατεύονται από το ιατρικό απόρρητο.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ

Όνομα _____ Πατρώνυμο _____ Ηλικία _____ Ημ/νία γέννησης _____ Επάγγελμα _____
Διεύθυνση _____ Τ.Κ. _____ Τηλ.Οικίας _____ Κιν.Τηλ. _____
Εαν είστε συνοδός, ποιά η σχέση σας με τον ασθενή _____ Email _____ Σύσταση απο _____
Με ποιόν τρόπο θέλετε να σας ειδοποιούμε για επανέλεγχο: Τηλέφωνο SMS E-mail Θέλετε να λαμβάνετε το Newsletter μας μέσω email? ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΑΓΚΗΣ

Όνομα: _____ Σχέση με εσάς: _____ Τηλ. Οικίας _____ Κιν.Τηλ. _____
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ _____ ΤΗΛ. ΕΡΓΑΣΙΑΣ _____ ΚΙΝ. ΤΗΛ. _____

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΚΥΡΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΑΣ? _____

ΕΧΕΤΕ ΚΑΤΑΛΑΒΕΙ ΚΑΠΟΙΑ ΑΛΛΑΓΗ ΣΤΗΝ ΘΕΣΗ ΤΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ? ΝΑΙ ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΒΟΥΡΤΣΙΖΕΤΕ ΤΑ ΔΟΝΤΙΑ ΣΑΣ? _____
ΣΥΝΗΘΙΖΕΤΕ ΝΑ ΣΦΙΓΓΕΤΕ Η ΤΡΙΖΕΤΕ ΤΑ ΔΟΝΤΙΑ ΣΑΣ? ΝΑΙ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΤΕ ΟΔΟΝΤΙΚΟ ΝΗΜΑ? _____
ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΣΤΟΜΑΤΙΚΟ ΔΙΑΛΥΜΑ? ΠΟΙΟ? _____

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΠΟΤΕ ΚΑΝΑΤΕ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ? _____
ΕΧΕΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΙ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ? ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ? _____

ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΚΑΠΟΙΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ _____

ΕΧΕΤΕ Η ΕΙΧΑΤΕ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΚΑΠΟΙΟ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ?

ΚΑΡΔΙΑΚΟ ΝΟΣΗΜΑ	ΝΑΙ
ΦΥΣΗΜΑ	ΝΑΙ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΚΑΡΔΙΑΣ	ΝΑΙ
ΤΕΧΝΗΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΒΑΛΒΙΔΕΣ Η ΒΥPASS	ΝΑΙ
ΛΙΠΟΘΥΜΙΑ	ΝΑΙ
ΠΟΝΟ ΣΤΟ ΣΤΗΘΟΣ	ΝΑΙ
PACEMAKER (ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗ)	ΝΑΙ
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΟΡΓΑΝΟΥ	ΝΑΙ
ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ	ΝΑΙ
ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ	ΝΑΙ
ΔΙΑΒΗΤΗ	ΝΑΙ
ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	ΝΑΙ
ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ, ΠΟΣΟ ΚΑΙ ΠΟΣΑ ΧΡΟΝΙΑ? _____	ΝΑΙ
ΚΑΝΕΤΕ ΧΡΗΣΗ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ? _____	ΝΑΙ
ΥΨΗΛΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ	ΝΑΙ
ΑΣΘΜΑ	ΝΑΙ
ΗΠΑΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	ΝΑΙ
ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Α, Β, C	ΝΑΙ
ΕΠΙΛΗΨΙΑ Η ΣΠΑΣΜΟΥΣ	ΝΑΙ
AIDS	ΝΑΙ
ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ	ΝΑΙ
ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	ΝΑΙ
ΕΧΕΤΕ ΚΑΝΕΙ ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	ΝΑΙ
ΕΧΕΤΕ ΠΑΡΕΙ ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ (ΖΟΜΕΤΑ, ΑCΤΟΝΕL, FOSΑΜΑΧ, ΒΟΝΙVΑ)? _____	ΝΑΙ

ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

ΕΙΣΤΕ ΕΓΚΥΟΣ? ΝΑΙ
ΣΧΕΔΙΑΖΕΤΕ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ? ΝΑΙ
ΘΗΛΑΣΕΤΕ? ΝΑΙ
ΠΕΡΝΕΤΕ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΑ? ΝΑΙ

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΕΙΧΑΤΕ ΠΟΤΕ ΑΛΕΡΓΙΚΗ Η ΑΛΛΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗ ΣΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ:

ΤΟΠΙΚΑ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΑ	ΝΑΙ
ΠΕΝΙΚΙΛΛΙΝΗ Η ΑΛΛΑ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ	ΝΑΙ
ΒΑΡΒΙΤΟΥΡΙΚΑ, ΗΡΕΜΙΣΤΙΚΑ	ΝΑΙ
ΑΣΠΙΡΙΝΗ, ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ	ΝΑΙ
ΙΩΔΙΟ	ΝΑΙ
ΜΕΤΑΛΛΑ (ΑΚΟΜΗ ΚΑΙ ΚΟΣΜΗΜΑΤΑ) Η ΠΛΑΣΤΙΚΑ	ΝΑΙ
ΆΛΛΟ _____	

ΑΝ ΕΧΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΝΟΣΗΜΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΠΟΥ ΔΕΝ ΑΝΑΦΕΡΕΤΑΙ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΓΡΑΨΤΕ

ΓΡΑΨΤΕ ΟΛΑ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ: _____

ΒΕΒΑΙΩΝΩ ΟΤΙ ΔΙΑΒΑΣΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΛΑΒΑ ΟΛΑ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ. ΟΙ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΜΟΥ ΕΧΟΥΝ ΑΠΑΝΤΗΘΕΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ. Ο ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ Η ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΔΕΝ ΦΕΡΕΙ ΕΥΘΥΝΗ ΓΙΑ ΤΥΧΟΝ ΛΑΘΗ Η ΠΑΡΑΛΕΙΨΕΙΣ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΕΧΩ ΚΑΝΕΙ ΣΤΗΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ ΕΝΤΥΠΟΥ. ΘΑ ΕΝΗΜΕΡΩΝΩ ΤΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ ΓΙΑ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΟΥ.

ΣΥΜΦΩΝΩ ΟΤΙ ΕΙΜΑΙ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΛΗΡΩΜΗ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΟΝΤΑΙ ΣΕ ΕΜΕΝΑ ΤΟΝ ΙΔΙΟ Η ΣΤΟΥΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥΣ ΜΟΥ. ΓΝΩΡΙΖΩ ΟΤΙ Η ΕΞΟΦΛΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΥΤΩΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΕΩΣ ΤΗΝ ΛΗΞΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ, ΕΚΤΟΣ ΑΝ ΕΧΕΙ ΣΥΜΦΩΝΗΘΕΙ ΑΛΛΙΩΣ.

ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΕΠΙΤΡΕΠΩ ΣΤΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ ΝΑ ΕΚΤΕΛΕΣΕΙ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΚΑΤΑΛΛΗΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΕΠΙΛΕΓΕΙ ΑΠΟ ΚΟΙΝΟΥ ΜΕ ΕΜΕΝΑ. ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΧΡΕΙΑΣΤΕΙ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΣΕ ΙΑΤΡΟ Η ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ ΑΛΛΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ. ΕΠΙΣΗΣ ΕΝΔΕΧΕΤΑΙ ΝΑ ΓΙΝΟΥΝ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟ ΣΧΕΔΙΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΩΣ ΤΗΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΟΙ ΟΠΟΙΕΣ ΘΑ ΕΓΚΡΙΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΚΟΙΝΟΥ ΜΕ ΕΜΕΝΑ. ΣΥΜΦΩΝΩ ΝΑ ΓΙΝΕΙ ΧΡΗΣΗ ΤΟΠΙΚΩΝ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΩΝ Η ΑΛΛΩΝ ΑΝΑΓΚΑΙΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ. ΓΝΩΡΙΖΩ ΟΤΙ Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΠΙΚΩΝ ΑΝΑΙΣΘΗΤΙΚΩΝ ΕΓΚΥΜΩΝΕΙ ΟΡΙΣΜΕΝΟΥΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥΣ ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΖΗΤΗΣΩ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ.

ΕΠΙΤΡΕΠΩ ΣΤΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ ΝΑ ΚΑΝΕΙ ΧΡΗΣΗ ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΩΝ, ΕΚΜΑΓΕΙΩΝ ΜΕΛΕΤΗΣ, ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΩΝ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΜΕΘΩΔΩΝ ΓΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΔΙΔΑΚΤΙΚΟΥΣ ΣΚΟΠΟΥΣ.

ΕΠΙΤΡΕΠΩ ΝΑ ΥΠΑΡΧΕΙ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΑΠΟ ΑΛΛΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ Η ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΥΣ ΠΟΥ ΕΝΔΕΧΕΤΑΙ ΝΑ ΠΑΡΟΥΝ ΜΕΡΟΣ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΘΕΝΗ Η ΣΥΝΟΔΟΥ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ