

**KÉRDŐÍV – FOGÁSZATI/SZÁJSEBÉSZETI BEAVATKOZÁS ELŐTT**

Kedves Betegünk!

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 ellátásban részesüljön.

**Az Öntől kapott információkat természetesen az orvosi titoktartás védi!**

Név:..... Születési idő:.....

Anyja neve:.....

Lakcím:.....

TAJ szám:..... Telefon:.....

|                                                                                 |      |     |                                       |      |     |
|---------------------------------------------------------------------------------|------|-----|---------------------------------------|------|-----|
| <b>Hajlamos-e ájulásra?</b>                                                     | igen | nem | <b>Szenved-e Ön:</b>                  |      |     |
| <b>Magas-e a vérnyomása?</b>                                                    | igen | nem | Cukorbetegségben                      | igen | nem |
| <b>Alacsony-e a vérnyomása?</b>                                                 | igen | nem | Véralvadási zavarban                  | igen | nem |
| <b>Egyéb vérkeringési zavarról tud-e?</b>                                       | igen | nem | Vérkeringési zavarokban               | igen | nem |
| <b>Vannak-e allergiás panaszai?</b>                                             | igen | nem | Pajzsmirigy funkciós problémákban     | igen | nem |
| Ha igen, akkor mire:                                                            |      |     | Reumás betegségben                    | igen | nem |
|                                                                                 |      |     | Tüdőbetegségben                       | igen | nem |
| <b>Tud-e szívbetegségéről?</b>                                                  | igen | nem | Vesebetegségben                       | igen | nem |
| Szívfejlődési rendellenességről                                                 | igen | nem | Emésztőrendszeri megbetegedésben      | igen | nem |
| Műbillentyű beültetésről                                                        | igen | nem | Idegrendszeri betegségben             | igen | nem |
| Szívbelhártya gyulladásról                                                      | igen | nem | Immunhiányos betegségben (HIV ?)      | igen | nem |
| Szívműtétről                                                                    | igen | nem | <b>Tud-e jó érzékenységről?</b>       | igen | nem |
| <b>Volt-e csípő vagy egyéb végtagprotézis műtété?</b>                           | igen | nem | <b>Hölgyeknek! Jelenleg terhes-e?</b> | igen | nem |
| Milyen gyógyszereket szed jelenleg?<br>(alvadásgátló! biszfoszfonát!)           |      |     | <b>Szenved-e egyéb betegségben?</b>   | igen | nem |
|                                                                                 |      |     | Ha igen, mely(ek)ben:                 |      |     |
| <b>Van-e olyan gyógyszer, amelyre allergiás vagy panaszt okozott a szedése?</b> | igen | nem |                                       |      |     |
| Ha igen, melyek ezek:                                                           |      |     |                                       |      |     |

**A tervezett beavatkozásról, valamint a lehetséges szövődményekről az orvosi felvilágosítást megkaptam. További kérdésem nincs, a tervezett beavatkozásba beleegyezem.**

Dátum:..... Aláírás:.....

Beavatkozás:.....

Alkalmazott antibiotikum:.....

Kezelő orvos:.....