



FIȘĂ DE STARE GENERALĂ DE SĂNĂTATE

Înainte de a începe tratamentele dvs. stomatologice ne este necesară cunoașterea sănătății dvs. generale. Siguranța dvs. poate depinde de completarea corectă a acestui formular ! Toate aceste date medicale ne sunt utile pentru a vă putea oferi tratamente cu riscuri minime pentru dvs. Declar prin prezenta medicului stomatolog curant toate antecedentele mele medicale cunoscute, afecțiunile generale și locale de care sufăr, cu care sunt în tratament, medicamentele curente pe care le consum, toate consemnate în cele ce urmează. Dacă aveți neclarități, întrebați înainte de a completa **BIFAȚI CU X TOATE PĂTRATELE CORESPUNZĂTOARE SĂNĂȚĂII PERSONALE!** Declarația se face pe proprie răspundere și este certificată de semnătură. Datele cuprinse în declarație sunt confidențiale.

Cabinetul nostru este operator al datelor cu caracter personal al pacienților, înregistrat la Autoritatea Nationala de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal (A.N.S.P.D.C.P.) prelucrate în scop medical și statistic. Odată cu completarea și semnarea obligatorie a celor 2 formulare prezente impuse de lege considerăm că avem consimțământul expres și neechivoc al pacienților pentru prelucrarea datelor cu caracter personal detinute. Toți pacienții înregistrați la CABINETE ASOCIATE AF STOMATOLOGIE 2D ale căror date cu caracter personal sunt deținute, își pot exercita oricând toate drepturile conferite de Legea 677/2001. (acces, modificări, etc.) Profesia _____ Locul de muncă _____ Pensionar din data de _____

Înălțimea _____ Greutatea _____ Dizabilități înnăscute și / sau dobândite: _____

Medic de familie _____ Adresa _____ Telefon _____ Medic specialist _____

Alergii medicamentoase sau la alte substanțe: La ce ? _____ DA / NU

Sunteți în timpul unui tratament regulat / temporar cu medicamente ? _____ DA / NU Dacă DA, pentru ce boală / afecțiune ? _____ ?

Boli cardiace: Insuficiență cardiacă _____ DA / NU Aritmii _____ DA / NU Angină pectorală _____ DA / NU By-pass _____ DA / NU Alte boli cardiace _____

Boli circulatorii: Tensiune mare _____ DA / NU Tensiune mică _____ DA / NU Situație post infarct _____ DA / NU Luați medicamente circulatorii ? Ce fel _____ ? DA / NU Alte boli circulatorii _____

Boli vegetative: Leșinuri _____ DA / NU

Boli endocrine: Diabet _____ DA / NU Glanda tiroidă _____ DA / NU Alte boli endocrine _____

Boli nervoase: Epilepsie _____ DA / NU

Boli sanguine: Hemofilie _____ DA / NU Anemie _____ DA / NU Sângerări îndelung în caz de tăiere ? _____ DA / NU Faceți ușor hematoame (vânătaii) ? _____ DA / NU Alte boli sanguine _____

Boli contagioase: Hepatita A / B / C / D ? _____ Când / Anul _____ ? DA / NU

T.B.C. _____ DA / NU H.I.V. / SIDA _____ DA / NU Boli cronice respiratorii _____ DA / NU

Dependențe: Medicamente (ANTIBIOTICE) _____ DA / NU Alcool _____ DA / NU Tutun _____ DA / NU Droguri _____ DA / NU

Gravidă: _____ DA / NU

Dacă da, în ce lună / trimestru de sarcina ? _____ ?

Ați avut vreo operație chirurgicală ? Ce fel ? _____ ? DA / NU

Vi s-au făcut transfuzii ? Când ? _____ ? DA / NU

Ați mai avut tratamente stomatologice ? (extracții, anestezii, etc. ?) _____ DA / NU

La tratamentele și / sau anesteziiile stomatologice anterioare ați avut accidente sau incidente? _____ DA / NU

- BIFAȚI CU X CE ACCIDENTE AȚI AVUT: leșinuri, grețuri, alergii, altele (ce fel _____)

CERTIFIC CĂ AM CITIT ȘI ÎNȚELES PE DEPLIN CELE DE MAI SUS ȘI DECLAR CĂ DATELE FURNIZATE DE MINE ÎN ACEST FORMULAR SUNT ADEVĂRATE ȘI COMPLETE. ÎMI ASUM RESPONSABILITATEA PENTRU ORICE INCIDENTE SAU COMPLICAȚII CARE POT APĂREA ÎN EVENTUALITATEA CĂ ACESTE DATE SUNT FALSE SAU INCOMPLETE.

DATA

SEMNĂTURĂ PACIENT

(sau reprezentant legal)

Acest formular obligatoriu este afisat în sala de asteptare și pe site-ul <http://www.cabinet-stomatologic-sector-3.ro/>