

טופס פרטים אישיים (אנמנזה)

נתונים אישיים

שם משפחה ופרטי _____ ת.ז. _____ תאריך לידה _____
טלפון בבית _____ נייד _____ טלפון בעבודה _____
כתובת _____ מצב משפחתי _____
e-mail _____
מקצוע/עיסוק _____ מקום עבודה _____
הופנה על ידי _____ רופא השיניים המטפל _____
האם הינך מבטוח/ת לא כן איזו חברה _____

נתונים רפואיים כלליים (חסויים) סמן/י ב-x את התופעות מהם הינך סובל/ת, או סבלת בעבר

- | | | | |
|--------------------------------------|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> אנמיה | <input type="checkbox"/> קדחת השגרון | <input type="checkbox"/> מחלת לב | <input type="checkbox"/> לחץ דם גבוה |
| <input type="checkbox"/> סחרחורת | <input type="checkbox"/> מום לב | <input type="checkbox"/> מחלת כליות | <input type="checkbox"/> מחלת כבד-צהבת |
| <input type="checkbox"/> דלקת פרקים | <input type="checkbox"/> מחלת הנפילה | <input type="checkbox"/> בעיות קרישת דם | <input type="checkbox"/> הקרנות |
| <input type="checkbox"/> מחלת עצבים | <input type="checkbox"/> איידס | <input type="checkbox"/> אולקוס | <input type="checkbox"/> עירוי דם |
| <input type="checkbox"/> אסטמה | <input type="checkbox"/> בעיות הורמונליות | <input type="checkbox"/> סוכרת | <input type="checkbox"/> עישון מעל 10 סיגריות ליום |
| <input type="checkbox"/> בלוטות המגן | <input type="checkbox"/> מחלת מין | <input type="checkbox"/> התעלפויות | <input type="checkbox"/> אוסטאופורוזיס |
| | | <input type="checkbox"/> סינוסיטיז / נטייה להצטננות | <input type="checkbox"/> אחר |

הרופא הכללי המטפל _____ טלפון _____
תרופות בשימוש קבוע _____
רגישות לתרופות (אלרגיה) _____
אישפוז _____

תולדות מחלת החניכיים סמן/י ב-x את הנכון לגביך

- | | | |
|---------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> דימום | <input type="checkbox"/> תזוזת שיניים | <input type="checkbox"/> המלצת טיפול בחניכיים על ידי רופא השיניים |
| <input type="checkbox"/> רגישות | <input type="checkbox"/> נסיגת חניכיים | <input type="checkbox"/> מועד ניקוי האבנית האחרון _____ |
| <input type="checkbox"/> נפיחות | <input type="checkbox"/> בעיה קוסמטית | <input type="checkbox"/> עם <input type="checkbox"/> בלי - הרדמה מקומית |
| <input type="checkbox"/> ריח | <input type="checkbox"/> טעם רע | |

אני מאשר/ת את נכונות הפרטים שמסרתי ומסכים/ה להבדק על ידי הרופא/ה

תאריך _____ חתימה _____