

Sveikatos būklės anketa

Išsamūs Jūsų atsakymai į klausimus padės tiksliai įvertinti dantų ir burnos būklę, diagnozuoti susirgimą ir numatyti efektyviausią gydymą. Informacija bus laikoma paslapyje. Jei galite, atsakykite į visus klausimus. Iš anksto dėkojame.

Jei galite, nurodykite savo šeimos gydytoją: _____

(vardas, pavardė)

Ištaigoje _____ adresas, telefonas _____

1. Jūsų sveikata: puiki gera patenkinama bloga
- Taip Ne
2. Ar gydotės šiuo metu?
- Jei taip tai nuo ko?.....
3. Ar per pastaruosius 2 metus gydotės ligoninėje?
- Nuo kokios ligos?.....
4. Ar vartojate šiuo metu vaistus?
- Kokius?.....
5. Ar esate alergiškas vaistams?
- Kokiems?.....
6. Ar esate alergiškas kam nors kitam?
7. Ar vaistai yra sukėlę pašalinių reakcijų?
- Kokie vaistai?.....
8. Ar nepastebėjote, kad susižeidęs ilgai kraujuojate?
9. Ar rūkote?

Sergate ar sirgote:

	Taip	Ne		Taip	Ne		Taip	Ne		Taip	Ne
Širdies ligomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opalige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plaučių ligomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psichinėmis ligomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertonija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vėžiniai susirgimai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inkstų ligomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervų ligomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reumatu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geltlige (hepatitu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Šienlige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skyd liaukės ligomis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Turite ar turėjote:

	Taip	Ne		Taip	Ne		Taip	Ne		Taip	Ne		Taip
Širdies skausmą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spindulių terapijas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Žemą kraujospūdį	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sąnarių patinimų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitą	<input type="checkbox"/>
Nualpimų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dusulį	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chirurginių operacijų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traumų	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lūpų pūslelinę	<input type="checkbox"/>

Mes Jums būsimė dėkingi, jeigu perspėsite, kad esate ŽIV(HIV) viruso nešiotojas.

Papildomi klausimai moterims:

	Taip	Ne		Taip	Ne		Taip	Ne
Ar esate nėščia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ar žindote kūdikį?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ar vartojate kontraceptinius vaistus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Odontologinė būklė:

	Taip	Ne		Taip	Ne
1. Ar Jūsų dantenos kraujuoja:			4. Ar sunku kramtyti maistą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1 valant šepetėliu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Ar stringa maistas tarp dantų?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 kramtant maistą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Ar turėjote galvos, kaklo, žandikaulio sužalojimų?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 savaime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. Ar "griežiate" dantis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ar Jūsų dantys jautrūs:			8. Ar jaučiate skausmą ar traškesį apatinio žandikaulio sąnaryje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1 karštam maistui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. Ar skauda sprandą, kaklą, veidą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 šaltam maistui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Ar dažnai skauda galvą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 saldžiam maistui	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Ar kada nors ilgai kraujavo ištraukto danties žaizda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ar šiuo metu skundžiatės danties skausmą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Ar žinote kaip prižiūrėti dantis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jei gydymo metu pasikeis mano sveikatos būklė įsipareigoju pranešti.

Gydytojo parašas _____ Paciento parašas _____ Data _____
(ar jo atstovo)