

Όνομα Ασθενούς: \_\_\_\_\_ Ταυτ. Ασθενούς No.: \_\_\_\_\_  
 Ημερομηνία Γέννησης: \_\_\_\_\_

**I. ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΚΥΚΛΟ ΣΤΗ ΣΩΣΤΗ ΑΠΑΝΤΗΣΗ** (αφήστε κενό αν δεν καταλαβαίνετε την ερώτηση):

- |    |     |     |  |  |  |  |
|----|-----|-----|--|--|--|--|
| 1. | Ναι | Όχι | Σε γενικές γραμμές, είναι καλή η υγεία σας;  |  |  |  |
| 2. | Ναι | Όχι | Έχετε παρατηρήσει καμία αλλαγή στην υγεία σας εντός του περασμένου έτους;                                  |  |  |  |
| 3. | Ναι | Όχι | Έχετε πάει στο νοσοκομείο ή πάσατε από κάποια σοβαρή ασθένεια τα περασμένα τρία χρόνια;                    |  |  |  |
|    |     |     | Αν ΝΑΙ, γιατί: _____   |  |  |  |
| 4. | Ναι | Όχι | Θεραπεύστε από γιατρό τώρα; Για πιο λόγο; _____  |  |  |  |
|    |     |     | Ημερομηνία της τελευταίας ιατρικής εξέτασης; _____ Ημερομηνία της τελευταίας οδοντιατρικής εξέτασης; _____ |  |  |  |
| 5. | Ναι | Όχι | Είχατε κανένα πρόβλημα με την προηγούμενη οδοντιατρική σας φροντίδα;                                       |  |  |  |
| 6. | Ναι | Όχι | Πονάτε τώρα;   |  |  |  |

**II. ΕΧΕΤΕ ΔΙΣΘΑΝΘΕΙ:**

- |     |     |     |  |     |     |     |                                   |
|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|-----------------------------------|
| 7.  | Ναι | Όχι | Πόνος στο στήθος (στηθάγχη);                         | 18. | Ναι | Όχι | Ζαλάδα;                           |
| 8.  | Ναι | Όχι | Πρησιμένους αστραγάλους;                             | 19. | Ναι | Όχι | Κουδούνισμα στα αυτιά;            |
| 9.  | Ναι | Όχι | Λαχάνιασμα;  | 20. | Ναι | Όχι | Πονοκεφάλους;                     |
| 10. | Ναι | Όχι | Πρόσφατη απώλεια βάρους, πυρετό, νυκτερινή εφίδρωση; | 21. | Ναι | Όχι | Λιποθυμίες;                       |
| 11. | Ναι | Όχι | Επίμονο βήχα, αιμόπτυση;                             | 22. | Ναι | Όχι | Θολωμένη όραση;                   |
| 12. | Ναι | Όχι | Προβλήματα αιμορραγίας, μελανιάζετε εύκολα;          | 23. | Ναι | Όχι | Επιληπτικούς παροξυσμούς;         |
| 13. | Ναι | Όχι | Ρινικά προβλήματα;                                   | 24. | Ναι | Όχι | Υπερβολική δίψα;                  |
| 14. | Ναι | Όχι | Δυσκολία κατά την κατάποση;                          | 25. | Ναι | Όχι | Συχνουρία;                        |
| 15. | Ναι | Όχι | Διάρροια, δυσκοιλιότητα, αίμα στα κόπρανα;           | 26. | Ναι | Όχι | Ξηρό στόμα;                       |
| 16. | Ναι | Όχι | Συχνός εμετός, ναυτία;                               | 27. | Ναι | Όχι | Ίκτερος;                          |
| 17. | Ναι | Όχι | Δυσκολία κατά την ούρηση, αίμα στα ούρα;             | 28. | Ναι | Όχι | Πόνος στις κλειδώσεις, δυσκαμψία; |

**III. ΕΧΕΤΕ ΤΩΡΑ Ή ΕΙΧΑΤΕ ΠΟΤΕ:**

- |     |     |     |   |     |     |     |  |
|-----|-----|-----|---|-----|-----|-----|--|
| 29. | Ναι | Όχι | Καρδιακή πάθηση;  | 40. | Ναι | Όχι | AIDS                                       |
| 30. | Ναι | Όχι | Καρδιακή προσβολή, ελαττώματα της καρδιάς;                | 41. | Ναι | Όχι | Όγκους, καρκίνο;                           |
| 31. | Ναι | Όχι | Καρδιακό φύσημα;  | 42. | Ναι | Όχι | Αρθρίτιδα, ρευματικά;                      |
| 32. | Ναι | Όχι | Ρευματικό πυρετό;   | 43. | Ναι | Όχι | Οφθαλμικές παθήσεις;                       |
| 33. | Ναι | Όχι | Αποπληξία, σκλήρυνση των αρτηριών;                        | 44. | Ναι | Όχι | Ασθένειες του δέρματος;                    |
| 34. | Ναι | Όχι | Υψηλή πίεση αίματος;                                      | 45. | Ναι | Όχι | Αναιμία;                                   |
| 35. | Ναι | Όχι | Άσθμα, φυματίωση, εμφύσημα, άλλες αναπνευστικές νοσους;   | 46. | Ναι | Όχι | Αφροδίσια νοσήματα (σύφιλη ή βλεννόρροια); |
| 36. | Ναι | Όχι | Ηπατίτιδα, άλλες ασθένειες του ήπατος;                    | 47. | Ναι | Όχι | Έρπης                                      |
| 37. | Ναι | Όχι | Προβλήματα στομάχου, έλκος;                               | 48. | Ναι | Όχι | Ασθένεια νεφρών, κύστης;                   |
| 38. | Ναι | Όχι | Αλλεργίες σε: φάρμακα, τρόφιμα, λατέξ;                    | 49. | Ναι | Όχι | Ασθένεια θυρεοειδούς, επινεφριδίου;        |
| 39. | Ναι | Όχι | Οικογενειακό ιστορικό διαβήτη, προβλήματα καρδιάς, όγκοι; | 50. | Ναι | Όχι | Διαβήτης;                                  |

**IV. ΕΧΕΤΕ ΤΩΡΑ Ή ΕΙΧΑΤΕ ΠΟΤΕ:**

- |     |     |     |                             |     |     |     |                        |
|-----|-----|-----|-----------------------------|-----|-----|-----|------------------------|
| 51. | Ναι | Όχι | Ψυχιατρική φροντίδα;        | 56. | Ναι | Όχι | Νοσοκομειακή Νοσηλεία; |
| 52. | Ναι | Όχι | Θεραπεία ακτινοβολίας;      | 57. | Ναι | Όχι | Μετάγγιση αίματος;     |
| 53. | Ναι | Όχι | Χημειοθεραπεία;             | 58. | Ναι | Όχι | Εγχειρίσεις;           |
| 54. | Ναι | Όχι | Προσθετική βαλβίδα καρδιάς; | 59. | Ναι | Όχι | Βηματοδότης;           |
| 55. | Ναι | Όχι | Τεχνητές αρθρώσεις;         | 60. | Ναι | Όχι | Φακούς επαφής;         |

**V. ΠΑΙΡΝΕΤΕ:**

- |     |     |     |   |     |     |     |                      |
|-----|-----|-----|---|-----|-----|-----|----------------------|
| 61. | Ναι | Όχι | Ναρκοτικά   | 63. | Ναι | Όχι | Καπνό παντός είδους; |
| 62. | Ναι | Όχι | Φάρμακα, φάρμακα άνευ συνταγής (Περιλαμβάνει την Ασπιρίνη), φυσικά φάρμακα; | 64. | Ναι | Όχι | Οινόπνευμα;          |

Παρακαλείστε να απαντήσετε: \_\_\_\_\_

**VI. ΜΟΝΟ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ:**

- |     |     |     |  |     |     |     |                          |
|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|--------------------------|
| 65. | Ναι | Όχι | Είσατε έγκυος ή υπάρχει πιθανότητα εγκυμοσύνης ή θυλάζετε; | 66. | Ναι | Όχι | Παίρνετε αντισυλληπτικά; |
|-----|-----|-----|--|-----|-----|-----|--------------------------|

**VII. ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ:**

- |     |     |     |  |
|-----|-----|-----|--|
| 67. | Ναι | Όχι | Έχετε ή είχατε ποτέ καμία άλλη ασθένεια ή ιατρικό πρόβλημα που ΔΕΝ περιλαμβάνεται σε αυτό το έντυπο; |
|-----|-----|-----|--|
- Αν ναι, εξηγήστε: \_\_\_\_\_

Απ' ότι γνωρίζω έχω απαντήσει όλες τις ερωτήσεις εντελώς και ακριβώς. Θα ειδοποιήσω τον οδοντίατρό μου σχετικά με οποιαδήποτε αλλαγή στην υγεία μου και στα φάρμακά μου.

Υπογραφή ασθενούς: \_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

**ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ:**

- |    |                          |                   |
|----|--------------------------|-------------------|
| 1. | Υπογραφή ασθενούς: _____ | Ημερομηνία: _____ |
| 2. | Υπογραφή ασθενούς: _____ | Ημερομηνία: _____ |
| 3. | Υπογραφή ασθενούς: _____ | Ημερομηνία: _____ |