

Formulari i regjistrimit të pacientit

Mbiemri: _____ Emri: _____
Data e lindjes: _____ Shtetësia: _____
Vendi/Qyteti i origjinës: _____
Njohuritë gjuhësore: _____

Vetëm për të mitur

Kujdestari ligjor

Mbiemri: _____ Emri: _____
Data e lindjes: _____ Shtetësia: _____

Të dhënat e kontaktit

Numri i telefonit / celularit: _____
E-Mail: _____
Adresa aktuale (rruga/nr./qyteti): _____
Tel. i interpretit / përkthyesit: _____

Ju lutemi përgjigjuni pyetjeve të mëposhtme rreth shëndetit tuaj sa më saktë!

Të dhënat janë konfidenciale dhe i nënshtrohen sekretit mjekësor dhe mbrojtjes së të dhënave.

Sëmundjet e zemrës / vaskulare	☐ po	☐ jo
Çrregullimet e koagulimit	☐ po	☐ jo
Epilepsi (kriza)	☐ po	☐ jo
Astmë / sëmundjet e mushkërive	☐ po	☐ jo
Të fikët	☐ po	☐ jo
Diabeti	☐ po	☐ jo
Sëmundjet e mëlçisë / Hepatiti	☐ po	☐ jo
Sëmundjet e veshkave	☐ po	☐ jo
Reumatizëm / Artrit	☐ po	☐ jo
Sëmundjet e tiroides	☐ po	☐ jo
Tuberkulozi	☐ po	☐ jo
Infeksioni HIV / AIDS	☐ po	☐ jo
Sëmundjet infektive (sh. MRSA)	☐ po	☐ jo
Varësia nga droga	☐ po	☐ jo
Duhanpirës/e	☐ po	☐ jo

A jeni shtatzënë? ☐ po ☐ jo

Nëse po, në cilin muaj? muaj

Sëmundje të tjera: ☐ po ☐ jo

Alergjitë dhe intolerancat:

Anestezi lokale / injeksione ☐ po ☐ jo

Antibiotikë ☐ po ☐ jo

Analgjezikë ☐ po ☐ jo

Të tjera: _____

A ju janë bërë radiografi dentare më parë?

☐ po ☐ jo

Nëse po, kur? _____

A keni vështirësi me përtypur për shkak të dhëmbëve që mungojnë?

☐ po ☐ jo

A keni vizituar një mjek të përgjithshëm?

☐ po ☐ jo

Nëse po, cilin mjek? _____

Çfarë ilaçesh merrni rregullisht ose aktualisht? _____ që nga _____

_____ që nga _____

_____ që nga _____

_____, data _____ Nënshkrimi: _____