

استمارة تسجيل المريض

الاسم الأول: _____ الاسم الأخير: _____
الجنسية: _____ تاريخ الميلاد: _____
بلد مدينة الأصل: _____
المعرفة اللغوية: _____

للقاصرين فقط
الوصي القانوني: _____
الاسم الأول: _____ الاسم الأخير: _____
الجنسية: _____ تاريخ الميلاد: _____

بيانات الاتصال
رقم الهاتف الجوال: _____
البريد الإلكتروني: _____
العنوان الحالي شارع رقم مدينة: _____
هاتف المترجم: _____

يرجى الإجابة على أسئلة الحالة الصحية التالية بأكبر قدر من الدقة!
تخضع البيانات للسرية الطبية وأحكام حماية البيانات وتعامل بسرية تامة.

أمراض القلب والأوعية الدموية	☐	نعم ☐ لا ☐
اضطرابات التخثر	☐	نعم ☐ لا ☐
الصرع نوبات	☐	نعم ☐ لا ☐
الربو أمراض الرئة	☐	نعم ☐ لا ☐
الإغماء	☐	نعم ☐ لا ☐
السكري	☐	نعم ☐ لا ☐
أمراض الكبد التهاب الكبد	☐	نعم ☐ لا ☐
أمراض الكلى	☐	نعم ☐ لا ☐
الروماتيزم التهاب المفاصل	☐	نعم ☐ لا ☐
أمراض الغدة الدرقية	☐	نعم ☐ لا ☐
السل	☐	نعم ☐ لا ☐
فيروس نقص المناعة الإيدز	☐	نعم ☐ لا ☐
الأمراض المعدية مثل	☐	نعم ☐ لا ☐
الإدمان على المخدرات	☐	نعم ☐ لا ☐
مدخنة	☐	نعم ☐ لا ☐

لا ☐ نعم ☐ هل أنت حامل؟
إذا نعم، في أي شهر؟ شهر

لا ☐ نعم ☐ أمراض أخرى:

الحساسية وعدم التحمل:

لا ☐ نعم ☐ التخدير الموضعي الحقن
لا ☐ نعم ☐ المضادات الحيوية
لا ☐ نعم ☐ مسكنات الألم

أخرى:

لا ☐ نعم ☐ هل سبق أن أجريت لك صور أشعة لأسنانك؟

إذا نعم، متى؟

لا ☐ نعم ☐ هل تعاني من صعوبة في المضغ بسبب فقدان الأسنان؟

لا ☐ نعم ☐ هل سبق أن زرت طبيباً عاماً؟

إذا نعم، أي طبيب؟

ما الأدوية التي تتناولها بانتظام أو حالياً؟ منذ _____

منذ _____

منذ _____

التوقيع: _____ ، التاريخ _____
