

Ερωτηματολόγιο ασθενή

Επώνυμο: _____ Όνομα: _____
 Ημερομηνία γέννησης: _____ Ιθαγένεια: _____
 Χώρα/Πόλη προέλευσης: _____
 Γνώσεις γλωσσών: _____

Μόνο για ανηλίκους Νόμιμος κηδεμόνας

Επώνυμο: _____ Όνομα: _____
 Ημερομηνία γέννησης: _____ Ιθαγένεια: _____

Στοιχεία επικοινωνίας

Αριθμός τηλεφώνου / κινητού: _____
 E-Mail: _____
 Τρέχουσα διεύθυνση (οδός/αρ./πόλη): _____
 Τηλ. διερμηνέα / μεταφραστή: _____

Απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις για την υγεία σας όσο το δυνατόν πιο ακριβώς!

Τα δεδομένα υπόκεινται σε ιατρικό απόρρητο και επεξεργάζονται αυστηρά εμπιστευτικά.

Καρδιαγγειακές παθήσεις	☐ ναι	☐ όχι	Είστε έγκυος;	☐ ναι	☐ όχι
Διαταραχές πήξης αίματος	☐ ναι	☐ όχι	Εάν ναι, σε ποιο μήνα; μήνας		
Επιληψία (κρίσεις)	☐ ναι	☐ όχι	Άλλες παθήσεις:	☐ ναι	☐ όχι
Άσθμα / πνευμονοπάθειες	☐ ναι	☐ όχι	_____		
Λιποθυμίες	☐ ναι	☐ όχι	_____		
Σακχαρώδης διαβήτης	☐ ναι	☐ όχι	_____		
Ηπατοπάθειες / Ηπατίτιδα	☐ ναι	☐ όχι	_____		
Νεφροπάθειες	☐ ναι	☐ όχι	_____		
Ρευματισμός / Αρθρίτιδα	☐ ναι	☐ όχι	Αλλεργίες και δυσανεξίες:		
Παθήσεις θυρεοειδούς	☐ ναι	☐ όχι	Τοπική αναισθησία / ενέσεις	☐ ναι	☐ όχι
Φυματίωση	☐ ναι	☐ όχι	Αντιβιοτικά	☐ ναι	☐ όχι
Λοίμωξη HIV / AIDS	☐ ναι	☐ όχι	Παυσίπονα	☐ ναι	☐ όχι
Λοιμώδη νοσήματα (π.χ. MRSA)	☐ ναι	☐ όχι	Άλλα: _____		
Εξάρτηση από ναρκωτικά	☐ ναι	☐ όχι			
Καπνιστής/τρια	☐ ναι	☐ όχι			

Έχουν γίνει ακτινογραφίες δοντιών στο παρελθόν; ☐ ναι ☐ όχι
 Εάν ναι, πότε; _____

Έχετε δυσκολία στη μάσηση λόγω ελλειπόντων δοντιών; ☐ ναι ☐ όχι

Έχετε επισκεφθεί γιατρό παθολόγο; ☐ ναι ☐ όχι
 Εάν ναι, ποιον γιατρό; _____

Ποια φάρμακα παίρνετε τακτικά ή επί του παρόντος; _____ από _____
 _____ από _____
 _____ από _____

_____, ημερομηνία _____ Υπογραφή: _____