

Fișă de înregistrare a pacientului

Nume de familie: _____ Prenume: _____
 Data nașterii: _____ Cetățenie: _____
 Țara/Orașul de proveniență: _____
 Cunoștințe lingvistice: _____

Numai pentru minori

Tutore legal

Nume de familie: _____ Prenume: _____
 Data nașterii: _____ Cetățenie: _____

Date de contact

Număr de telefon / mobil: _____
 E-Mail: _____
 Adresă actuală (str./nr./oraș): _____
 Tel. interpretului / traducătorului _____

Vă rugăm să răspundeți cât mai precis la întrebările despre starea de sănătate!

Datele furnizate sunt confidențiale și supuse secretului medical și protecției datelor.

Boli cardiace / cardiovasculare	☐ da	☐ nu
Tulburări de coagulare	☐ da	☐ nu
Epilepsie (convulsii)	☐ da	☐ nu
Astm / boli pulmonare	☐ da	☐ nu
Leșin	☐ da	☐ nu
Diabet zaharat	☐ da	☐ nu
Boli hepatice / Hepatită	☐ da	☐ nu
Boli renale	☐ da	☐ nu
Reumatism / Artrită	☐ da	☐ nu
Boli ale tiroidei	☐ da	☐ nu
Tuberculoză	☐ da	☐ nu
Infecție HIV / SIDA	☐ da	☐ nu
Boli infecțioase (ex. MRSA)	☐ da	☐ nu
Dependență de droguri	☐ da	☐ nu
Fumător/oare	☐ da	☐ nu

Sunteți însărcinată? ☐ da ☐ nu

Dacă da, în ce lună? lună

Alte boli: ☐ da ☐ nu

Alergii și intoleranțe:

Anestezie locală / injecții ☐ da ☐ nu

Antibiotice ☐ da ☐ nu

Analgezice ☐ da ☐ nu

Alte: _____

V-au fost făcute radiografii dentare anterior?

☐ da ☐ nu

Dacă da, când? _____

Aveți dificultăți la mestecare din cauza dinților lipsă?

☐ da ☐ nu

Ați consultat deja un medic de familie?

☐ da ☐ nu

Dacă da, ce medic? _____

Ce medicamente luați în mod regulat sau în prezent? _____ din _____

_____ din _____

_____ din _____

_____, data _____ Semnătură: _____