

שאלון בריאות ופרטים אישיים

שם משפחה		שם פרטי		תעודת זהות
רחוב:		מספר	עיר	מיקוד
תאריך לידה	מצב משפחתי	טלפון בבית	טלפון נייד	
מקצוע/עיסוק		טלפון בעבודה	הופנה ע"י	
רופא שיניים קודם	טלפון	רופא משפחה	טלפון	

אנא התייחס/י לכל האפשרויות הבאות:

מצב/מחלה:	לא	כן	אם כן, אנא פרט/י:
האם אושפזת בבית חולים?			
האם את/ה בטיפול רפואי?			
האם את/ה לוקחת תרופות באופן קבוע?			
האם את/ה רגיש או אלרגית לתרופות או לחומרים?			
האם קיבלת עירוי דם?			
האם קיבלת אלחוש מקומי אצל רופא שיניים?			
האם את בהריון? האם את מניקה?			
האם את/ה סובלת/ת מהמחלות הבאות:			
מחלת לב או מוס לב			
קשיי נשימה			
מחלת דם / אנמיה / נטיה לדימום			
יתר לחץ דם			
דלקת פרקים			
צהבת / שחפת / מחלה מידבקת אחרת			
סוכרת			
אנמיה			
אסטמה			
אפילפסיה או אבדן ההכרה			
כליות / כבד / מערכת העיכול			
מחלה פסיכיאטרית			
בעיה בבלוטת התריס			
מחלה אחרת			

הריני מאשר כי הנאמר לעיל הינו נכון ומתחייב/ת להודיע לרופא על כל שינוי במצב הבריאות ו/או שימוש בתרופות.

תאריך: _____ חתימה: _____ (אם מדובר בקטין, אנא רשמו את שם ההורה או האפוטרופוס)

יש להביא את השאלון למרפאה. תודה.

נייד: 0544-58-22-23
www.drsamet.com

מרפאה: 072-2829-567
פקס: 072-2829-678
office@drsamet.com

רחוב הלסינקי 11
תל אביב 62996