

שם המטופל/ת: _____ מס' זיהוי של החולה: _____

תאריך לידה: _____

I. הקף/י בעיגול את התשובה המתאימה (אם אינך מבין/ה את השאלה, השאר/י אותה ריקה):

- | | | | |
|----|----|----|---|
| 1. | כן | לא | האם מצב הבריאות הכללי שלך טוב? |
| 2. | כן | לא | האם חל שינוי במצב הבריאותי שלך במשך השנה האחרונה? |
| 3. | כן | לא | האם היית מאושפז/ת או עברת מחלה קשה במשך שלוש השנים האחרונות?
אם כן, מדוע? |
| 4. | כן | לא | האם את/ה מטופל/ת כעת על ידי רופא? מהי סיבת הטיפול?
תאריך הבדיקה הרפואית האחרונה _____ תאריך הבדיקה האחרונה אצל רופא שיניים _____ |
| 5. | כן | לא | האם היו לך בעיות בעבר עם טיפול בשיניים? |
| 6. | כן | לא | האם יש לך כאבים כלשהם כעת? |

II. האם היו לך:

- | | | | |
|-----|----|----|---|
| 7. | כן | לא | כאבים בחזה (אנגינה)? |
| 8. | כן | לא | קרטוליים נפוחים? |
| 9. | כן | לא | קוצר נשימה? |
| 10. | כן | לא | ירידה במשקל, חום, או הזעות לילה שאירעו בזמן האחרון? |
| 11. | כן | לא | שיעול ממושך, יריקת דם? |
| 12. | כן | לא | בעיות דימום, חברות המתפתחות בקלות? |
| 13. | כן | לא | בעיות סינוס? |
| 14. | כן | לא | קושי לבלוע? |
| 15. | כן | לא | שלשול, עצירות, דם בצואה? |
| 16. | כן | לא | הקאות תכופות, בחילה? |
| 17. | כן | לא | קושי בהטלת שתן, דם בשתן? |
| 18. | כן | לא | סחרחורות? |
| 19. | כן | לא | צלצולים באוזניים? |
| 20. | כן | לא | כאבי ראש? |
| 21. | כן | לא | התעלפויות? |
| 22. | כן | לא | ראיה מטושטשת? |
| 23. | כן | לא | התקפי פרכוסים? |
| 24. | כן | לא | צימאון מוגבר? |
| 25. | כן | לא | הטלת שתן תכופה? |
| 26. | כן | לא | יובש בפה? |
| 27. | כן | לא | צהבת? |
| 28. | כן | לא | כאבים או קשיון בפרקים? |

III. האם יש לך כעת או היו לך בעבר:

- | | | | |
|-----|----|----|---|
| 29. | כן | לא | מחלת לב? |
| 30. | כן | לא | התקף לב, מומי לב? |
| 31. | כן | לא | אוושה בלב? |
| 32. | כן | לא | קדחת השיגרון? |
| 33. | כן | לא | שבץ, התקשות העורקים? |
| 34. | כן | לא | להץ דם גבוה? |
| 35. | כן | לא | קצרת (אסטמה), שחפת, נפחת (אמפיזמה), מחלות ריאה אחרות? |
| 36. | כן | לא | דלקת כבד (הפטטיס), מחלות כבד אחרות? |
| 37. | כן | לא | בעיות קיבה, אולקוס? |
| 38. | כן | לא | אלרגיות ל: -תרופות, מאכלים, לאטקס? |
| 39. | כן | לא | היסטוריה משפחתית של סוכרת, בעיות לב או גידולים? |
| 40. | כן | לא | איידס? |
| 41. | כן | לא | גידולים, סרטן? |
| 42. | כן | לא | דלקת פרקים, שיגרון (ראומטיזם)? |
| 43. | כן | לא | מחלות עיניים? |
| 44. | כן | לא | מחלות עור? |
| 45. | כן | לא | אנמיה? |
| 46. | כן | לא | מחלות מין (עגבת או זיבה)? |
| 47. | כן | לא | הרפס? |
| 48. | כן | לא | מחלות כליה, מחלות שלפוחית השתן? |
| 49. | כן | לא | מחלות בלוטת התריס, או בלוטת הטוחה? |
| 50. | כן | לא | סוכרת? |

IV. האם יש לך כעת או היו לך בעבר:

- | | | | |
|-----|----|----|-------------------|
| 51. | כן | לא | טיפול פסיכיאטרי? |
| 52. | כן | לא | טיפול קרינה? |
| 53. | כן | לא | כימותרפיה? |
| 54. | כן | לא | שסתום לב מלאכותי? |
| 55. | כן | לא | מפרק מלאכותי? |
| 56. | כן | לא | אשפוז? |
| 57. | כן | לא | עירווי דם? |
| 58. | כן | לא | ניתוחים? |
| 59. | כן | לא | קוצב לב? |
| 60. | כן | לא | עדשות מגע? |

V. האם את/ה נוטל/ת:

- | | | | |
|-----|----|----|---|
| 61. | כן | לא | סמים? |
| 62. | כן | לא | תרופות במרשם, תרופות ללא מרשם (כולל אספירין), תרופות מן הטבע?
אנא פרט/י: _____ |
| 63. | כן | לא | מוצרי טבק כלשהם? |
| 64. | כן | לא | אלכוהול? |

VI. לנשים בלבד:

- | | | | |
|-----|----|----|---|
| 65. | כן | לא | האם את, או האם ייתכן שאת, בהריון או מיניקה?
נוטלת גלולות למניעת הריון? _____ |
|-----|----|----|---|

VII. לכל המטופלים:

- | | | | |
|-----|----|----|--|
| 67. | כן | לא | האם את/ה סובל/ת או האם סבלת בעבר ממחלות או בעיות רפואיות אחרות כלשהן שלא פורטו בטופס זה?
אם כן, אנא הסבר/י: _____ |
|-----|----|----|--|

למיטב ידיעתי, עניתי על כל השאלות בצורה מלאה ומדויקת. איידע את רופא השיניים שלי אם יחול שינוי כלשהו במצב הבריאותי שלי ו/או בתרופות שאני נוטל/ת.

חתימת המטופל/ת: _____ תאריך: _____

סקירה חוזרת:

- | | | |
|----|----------------|--------------------|
| 1. | חתימת המטופל/ת | _____ תאריך: _____ |
| 2. | חתימת המטופל/ת | _____ תאריך: _____ |
| 3. | חתימת המטופל/ת | _____ תאריך: _____ |