

إستمارة التأريخ الطبي

الإسم: _____
 اللقب: _____
 تاريخ الولادة: _____
 البريد الإلكتروني: _____
 المهنة: _____
 العنوان: _____
 عنوان البريدي (بوست كود): _____
 رقم التلفون (البيت): _____
 رقم موبايل: _____

منالمهم جدا لمصلحتك الشخصية ان يكون عند طبيب اسنانك علم بالتفاصيل المؤكدة حول صحتك عامة. ولذلك نحن نقدر جهودك باعطائك الجواب لكل واحد من الاسئلة الموجوده أدناه وذلك باشارة نعم او لا و اعطاء التفاصيل إذا دعت الحاجة لذلك. تعاونك معنا محل التقدير لنا.

| الاسئلة | نعم | لا | تفاصيل |
|--|-----|----|--------|
| هل تعاني من اي حالة فى القلب على سبيل المثالالدبحة الصدريةاو اي نوع من مشاكل في القب في الماضي على سبيل المثال النوبة القلبية؟ | | | |
| هل اصبت بالحمى الروماتيزمية؟ | | | |
| هل تنزف بكثرة للاى سبب اذا قطعت نفسك او هل حدث عندك نزيف بعد قلع السن؟ | | | |
| هل عندك مشاكل فى الصدر على سبيل المثال الربو او التهاب القصبات؟ | | | |
| هل عندك داء السكري؟ | | | |
| هل عندك الصرع؟ | | | |
| هل اصبت بالتهاب الكبد او داء الصفار هو اى نوع من انواع امراض الكبد؟ | | | |
| هل تتلقى اي علاج من طبيبك فى الوقت الحالى او هل تاخذ اي ادوية الذي وصفه لك الطبيب؟ | | | |
| هل عندك معرفة بأنك تحمل أية من الامراض السارية أو المعدية؟ | | | |
| على قدر ما تعرف هل عندك حساسية من اية شىء؟ | | | |
| هل كنت تاخذ اية ادوية الذى تحتوى على مادة ستيرويد خلا ل العامين الماضيين؟ | | | |
| هل ادخلت المستشفى و هل اجريت لك اية عملية جراحية وهل عندك كارت تحذير طبي؟ | | | |
| هل تدخن؟ | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

التاريخ

التوقيع