

სტომატოლოგიური პაციენტის ჯანმრთელობის კითხვარი

გთხოვთ, ყურადღებით შეავსოთ კითხვარი. თქვენ მიერ წარმოდგენილი ინფორმაცია

მნიშვნელოვანია უსაფრთხო და ხარისხიანი მურნალობის ჩასატარებლად.

სახელი გვარი _____

დაბადების თარიღი _____

თანხმდები და გადაგანილი დაავადებები. მონიშნეთ - **დიახ/არა**

1. გულსისხლძარღვთა დაავადებები _____ დიახ/არა
2. ალერგიული რეაქციები _____ დიახ/არა
3. ინფექციური დაავადებები (ჰეპატიტი, შიდსი) _____ დიახ/არა
4. სხვა დაავადებები, რომელიც გადაგიგანიათ ან გაქვს _____

-
5. ღებულობთ თუ არა მედიკამენტებს? რომელს? _____ დიახ/არა

-
6. მხოლოდ მღებრობითი სქესისთვის:

ხართ თუ არა ფეხმძიმედ _____ დიახ/არა

ხართ თუ არა მეტუტური დედა? _____ დიახ/არა

7. ღამაგებით, საკუთარი ჯანმრთელობის შესახებ :

-
-
8. გთხოვთ, მიუთითოთ თქვენი ელ-ფოსტა _____

გმადლობთ!

სახელი გვარი _____ თარიღი _____