

שאלון רפואי (סודי) נא למלא בדייקנות

שם המתרפא תאריך.....
 מס' תעודת זהות תאריך לידה.....
 כתובת..... טלפון..... טלפון בעבודה.....
 שם האב..... מקום עבודה..... טלפון..... פלאפון.....
 שם האם..... מקום עבודה..... טלפון..... פלאפון.....
 שם רופא השיניים..... שם הרופא הכללי.....
 למי להודות על הפניתך למרפאתנו.....
 מה היא הבעיה העיקרית בעקבותיה הגיע/ה המתרפא/ה למרפאה?.....

כן לא פרטי

1. האם המתרפא/ה בריא בדרך כלל?
2. האם המתרפא/ה משתמש/ת באופן קבוע בתרופות?
3. האם המתרפא/ה אושפז בעבר?
4. האם המתרפא/ה חלה / תה בעבר בדלקת פרקים?
5. האם המתרפא/ה חלה / תה בעבר בצהבת?
6. האם המתרפא/ה סובל/ת מדימומים ממושכים?
7. האם המתרפא/ה סובל/ת או סבל/ה בעבר מאחת מהמחלות הבאות:
 סוכרת, מחלת לב, מחלת כבד, מחלת כליה, מחלת עצבים, מחלת
 נפילה, חפת, מחלת דם, איידס, או מחלה בבלוטות להפרשה פנימית?
8. האם המתרפא/ה רגישה (אלרגית) לתרופות או חומרים?
9. האם המתרפא/ה מוצץ/ת / מצץ/ה אצבע / מוצץ? עד איזה גיל?
10. האם המתרפא/ה נושם / ת בעיקר דרך הפה?
11. האם למתרפא/ה יש קשי בלעיסה / בליעה?
12. האם המתרפא/ה טופל/ה בעבר בטיפול אורתודונטי?
13. האם למתרפא/ה יש אחים/ אחיות שטופלו אורתודונטית?
14. האם המתרפא/ה הנחבל/ה בעבר באזור הפנים והראש?
15. האם למתרפא/ה יש כאב באזור מפרק הלסת?
16. האם המתרפא/ה שם לב לרעשים באזור מפרק הלסת?
17. האם המתרפא/ה שוחק שיניים?
18. האם נעקרו למתרפא/ה שיניים חלביות / קבועות?
19. האם המתרפא/ה מנגן/ת בכלי נשיפה?
20. למתרפאה מבוגרת – האם את בהריון?

שם ממלא הטופס..... חתימה.....