

Hungarian

Beteg neve: \_\_\_\_\_ Beteg száma: \_\_\_\_\_  
 Születési dátum: \_\_\_\_\_

**I. KARIKÁZZA BE A MEGFELELŐ VÁLASZT.** (Ha a kérdést nem érti, ne jelölje meg)

- |    |      |     |  |
|----|------|-----|--|
| 1. | Igen | Nem | Jó az Ön általános egészségi állapota?   |
| 2. | Igen | Nem | Volt-e bármilyen változás az egészségi állapotában az elmúlt egy évben?  |
| 3. | Igen | Nem | Volt-e kórházban vagy volt-e súlyos betegsége az elmúlt három évben?<br>Ha IGEN, miért? _____  |
| 4. | Igen | Nem | Jelenleg orvosi kezelés alatt áll-e? Miért? _____<br>Az utolsó orvosi kivizsgálása mikor volt? _____ Az utolsó fogorvosi ellenőrzése mikor volt? _____ |
| 5. | Igen | Nem | Volt-e bármilyen problémája korábban fogorvosi kezeléssel?   |
| 6. | Igen | Nem | Van-e fájdalma jelenleg?   |

**II. VOLTAK-E ILYEN TÜNETEI?**

- |     |      |     |   |     |      |     |                               |
|-----|------|-----|---|-----|------|-----|-------------------------------|
| 7.  | Igen | Nem | Mellkasi fájdalom? (Angina)                               | 18. | Igen | Nem | Szédülés?                     |
| 8.  | Igen | Nem | Duzzadt boka?   | 19. | Igen | Nem | Fülzúgás?                     |
| 9.  | Igen | Nem | Légszomj?   | 20. | Igen | Nem | Fejfájás?                     |
| 10. | Igen | Nem | A közelmúltban fogyott-e, volt-e láza, éjszakai izzadása? | 21. | Igen | Nem | Roszsullét, ájulás?           |
| 11. | Igen | Nem | Állandó köhögés, véres váladék?                           | 22. | Igen | Nem | Látási zavarok?               |
| 12. | Igen | Nem | Vérzékenység? Gyakran keletkezik véraláfutása?            | 23. | Igen | Nem | Epilepsziás vagy egyéb roham? |
| 13. | Igen | Nem | Arcüreg és orrüreg problémák?                             | 24. | Igen | Nem | Túlzott szomjúság?            |
| 14. | Igen | Nem | Nehéz nyelés?   | 25. | Igen | Nem | Gyakori vizelet?              |
| 15. | Igen | Nem | Hasmenés, szorulás, véres széklet?                        | 26. | Igen | Nem | Száj szárazság?               |
| 16. | Igen | Nem | Gyakori hányás, hányinger?                                | 27. | Igen | Nem | Sárgaság?                     |
| 17. | Igen | Nem | Vizelési nehézségek, véres vizelet?                       | 28. | Igen | Nem | Izületi fájdalmak, merevség?  |

**III. VAN-E VAGY VOLT-E ÖNNEK:**

- |     |      |     |  |     |      |     |   |
|-----|------|-----|--|-----|------|-----|---|
| 29. | Igen | Nem | Szívbetegsége?   | 40. | Igen | Nem | AIDS-es?                                |
| 30. | Igen | Nem | Szívroham, születési szívrendellenességei?                             | 41. | Igen | Nem | Volt-e daganata, rákos daganata?        |
| 31. | Igen | Nem | Szívöreje?   | 42. | Igen | Nem | Izületi gyulladása, reumája?            |
| 32. | Igen | Nem | Reumás láza?   | 43. | Igen | Nem | Szembetegsége?                          |
| 33. | Igen | Nem | Agyvérzése, érelmeszesedése?   | 44. | Igen | Nem | Bőrbetegsége?                           |
| 34. | Igen | Nem | Magas vérnyomása?  | 45. | Igen | Nem | Vérszegénysége?                         |
| 35. | Igen | Nem | Asztmája, tüdőbaja, tüdőátulása, más tüdőbetegsége?                    | 46. | Igen | Nem | Nemi betegsége? (szifilisz vagy kankó?) |
| 36. | Igen | Nem | Májgyulladása, vagy más májbetegsége?                                  | 47. | Igen | Nem | Herpesze?                               |
| 37. | Igen | Nem | Gyomorzavarai, fekélye?  | 48. | Igen | Nem | Vesebetegsége vagy hólyag betegsége?    |
| 38. | Igen | Nem | Allergiái: gyógyszerre, ételre, latexre?                               | 49. | Igen | Nem | Pajzsmirigy vagy mellékvese zavarai?    |
| 39. | Igen | Nem | Volt-e a családjában cukorbeteg, szívbeteg, rákos daganatban szenvedő? | 50. | Igen | Nem | Cukorbetegsége?                         |

**IV. MOST VAGY A MÚLTBAN?**

- |     |      |     |                                     |     |      |     |                       |
|-----|------|-----|-------------------------------------|-----|------|-----|-----------------------|
| 51. | Igen | Nem | Volt-e pszichiátriai kezelés alatt? | 56. | Igen | Nem | Kezelték-e kórházban? |
| 52. | Igen | Nem | Kapott sugárkezelést?               | 57. | Igen | Nem | Volt vértömlesztése?  |
| 53. | Igen | Nem | Kemoterápiás kezelést?              | 58. | Igen | Nem | Műtétjei?             |
| 54. | Igen | Nem | Van mesterséges szívbillentyűje?    | 59. | Igen | Nem | Van pacemaker-je?     |
| 55. | Igen | Nem | Van-e ízület protézise?             | 60. | Igen | Nem | Hord kontaktlencsét?  |

**V. SZED-E ÖN:**

- |     |      |     |  |     |      |     |                                 |
|-----|------|-----|--|-----|------|-----|---------------------------------|
| 61. | Igen | Nem | “Könnyű” drogokat?   | 63. | Igen | Nem | Dohányzik, pipázik, szivarozik? |
| 62. | Igen | Nem | Gyógyszereket, (vényköteles vagy vény nélküli) (beleértve aszpirint), természetes alapanyagú szereket? | 64. | Igen | Nem | Fogyaszt alkoholt?              |

Kérem, sorolja fel: \_\_\_\_\_

**VI. CSAK NŐK TÖLTSEK KI:**

- |     |      |     |   |     |      |     |                        |
|-----|------|-----|---|-----|------|-----|------------------------|
| 65. | Igen | Nem | Terhes-e most, vagy lehetséges, hogy terhes? Szoptat? | 66. | Igen | Nem | Szed-e fogamzásgátlót? |
|-----|------|-----|---|-----|------|-----|------------------------|

**VII. MINDEN BETEG TÖLTSE KI:**

- |     |      |     |   |
|-----|------|-----|---|
| 67. | Igen | Nem | Van-e vagy volt-e olyan betegsége ami fent NEM volt felsorolva? |
|-----|------|-----|---|

Ha igen, részletezze: \_\_\_\_\_

*Legjobb tudomásom szerint minden kérdésre teljesen és a valóságnak megfelelően válaszoltam. Fogorvosomat értesíteni fogom, ha az egészségi állapotomban, és/ vagy gyógyszeres kezelésomban változás történik.*

Beteg aláírása: \_\_\_\_\_ Dátum: \_\_\_\_\_

**VÁLTOZÁSOK VISSZATÉRŐ BETEG ESETÉN:**

- |    |                       |              |
|----|-----------------------|--------------|
| 1. | Beteg aláírása: _____ | Dátum: _____ |
| 2. | Beteg aláírása: _____ | Dátum: _____ |
| 3. | Beteg aláírása: _____ | Dátum: _____ |