

Maksilofacialna kirurgija obravnava v glavnem bolezni in stanja, ki so povezani s področjem glave in vratu, kljub temu pa mora biti kirurg pred posegi v tem področju seznanjen z vašim splošnim zdravjem. Kakršnekoli bolezni, ki ji imate ali zdravila, ki jih jemljete, lahko pomembno vplivajo na potek zdravljenja. Učinki zdravil, ki ste jih morda vzeli, so lahko zelo resni, včasih tudi življenjsko ogrožujoči, zato je res pomembno, da nas obvestite o zdravilih, ki jih redno jemljete oziroma ste jih morda vzeli pred posegom. Z zakonom smo obvezani, da ščitimo vaše podatke, ki bodo uprabljeni izključno za vaše zdravljenje.

IZPOLNI D CENTER

Številka kartoteke:

Samoplačnik ZZS

PROSIMO, IZPOLNITE

Ime in priimek:

Naslov:

Datum rojstva:

Telefon, na katerem ste dosegljivi:

E-pošta:

Osebni zobozdravnik:

Osebni zdravnik:

Telesna teža: kg Telesna višina: cm

Kdo vas je napotil v DENTALNI KIRURŠKI ESTETSKI D CENTER?

.....
.....

PROSIMO, OZNAČITE, ČE STE KADARKOLI IMELI KATERO OD NAŠTETIH DIAGNOZ

- Anemija
- Artritis
- Astma
- Rak
- Sladkorna bolezen
- Emfizem
- Glaukom (povišan očesni pritisk)
- Hepatitis, zlatenica
- Visok krvni tlak
- HIV ali AIDS
- Bolezni imunskega sistema, avtoimune bolezni
- Alergija na lateks
- Alergija na Penicilin
- Pljučnica, pljučne bolezni
- Revmatska vročica
- Bolezni ščitnice
- Tuberkuloza
- Bolezni srčnih zaklopk
- Osteoporoza
- Nič od zgoraj naštetega

Drugo:

.....
.....

Obrnite list in izpolnite do konca >>

PROSIMO, DA SPODNJA VPRAŠANJA OZNAČITE Z »DA« ALI »NE«. ČE NA KATEROKOLI VPRAŠANJE ODGOVORITE Z »DA«, PROSIMO, DA PODROBNOSTI OPIŠETE V PROSTORU NA DNU STRANI.

1. Ali ste kdaj potrebovali antibiotično zaščito pred posegi v ustni votlini? DA NE
2. Ali ste alergični na katera zdravila? DA NE Prosimo naštejte:
3. Ali ste alergični na kakšno hrano? DA NE
4. Ali imate vstavljen umetni sklep (kolk, koleno, rama, čeljust...)? DA NE
5. Ali so se kdaj pojavile komplikacije po splošni anesteziji ali po zobozdravniškem posegu? DA NE
6. Ali trenutno jemljete kakšna zdravila, ki vam jih je predpisal zdravnik?
7. Ali imate morda kakšna vnetja v ustni votlini ali ob ustih, vključno s krvavečimi obzobnimi tkivi, bolečimi razjedami, mehurčki na koži...? DA NE Ste trenutno prehlajeni? DA NE Vas boli žrelo? DA NE
8. Ali imate kakšne nezaceljene rane na telesu? DA NE
9. Ali se trenutno zdravite pri zdravniku zaradi kakršnekoli kronične težave? DA NE
10. Ali imate težave s čeljustnim sklepom (pokanje, škripanje, bolečine pri odpiranju ust...)? DA NE
11. Ali imate pogoste glavobole? DA NE
12. Ali imate težave z vidom ali sluhom? DA NE
13. Ali vam je zdravnik kdaj rekel, da imate šum na srcu ali bolezen na srcu? DA NE
14. Ali ste kdaj imeli srčni infarkt? DA NE
15. Ali ste bili kdaj operirani zaradi menjave ali popravila srčne zaklopke? DA NE
16. Ali imate pogosto otečene gležnje? DA NE
17. Ali ste pogosto zadihani tudi v mirovanju? DA NE
18. Ali imate trenutno težave zaradi kašlja? DA NE
19. Ali kadite? DA NE Koliko na dan?
20. Ali imate težave z želodcem in/ali črevesjem? DA NE
21. Ali vam po katerih zdravilih postane slabo? DA NE
22. Ali vam je zdravnik kdaj omenil, da imate težave z ledvicami? DA NE
23. Ali imate morda kakšno krvno bolezen in /ali težave s krvavitvami? DA NE
24. Ali ste kdaj resneje krvaveli po izdiranju zob ali vrezninah? DA NE
25. Ali jemljete zdravila za preprečevanje tvorbe krvnih strdkov (za »redčenje« krvi)? DA NE
26. Ali ste kdaj izgubili zavest? DA NE
27. Ali ste kdaj imeli epileptični napad? Kdaj nazadnje? DA NE
28. Ali jemljete zdravila za preprečevanje epileptičnih napadov? DA NE
29. Ali ste bili kdaj zdravljeni z obsevanjem ali s kemoterapijo? DA NE
30. Ali jemljete oziroma ste kdaj jemali zdravila proti osteoporozi? DA NE Če da, kako dolgo in katera?
31. Ali dojite? DA NE
32. Ali je možno, da ste noseči? DA NE
33. Ali jemljete kontracepcijske tablete? DA NE
34. Ali jemljete zdravila za zdravljenje bojazni, proti nespečnosti ali zdravila proti depresiji? DA NE

Drugo / Podrobnosti:

.....

.....