

## Έντυπο δήλωσης



DR GEORGALIS  
ZAHNARZTPRAXIS, PROPHYLAXECENTER  
UND KOLLEGEN

Αξιότιμη ασθενή, αξιότιμε ασθενή

Καλώς ορίσατε στο ιατρείο μας. Προς όφελος της θεραπείας σας, σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε πλήρως αυτό το ερωτηματολόγιο.

Όλες οι πληροφορίες προστατεύονται δια νόμου ως προσωπικά δεδομένα και επίσης με το ιατρικό απόρρητο. Εάν στο μέλλον προκύψουν κάποιες αλλαγές των στοιχείων που μας δηλώνετε παρακαλούμε πολύ να μας ενημερώσετε άμεσα!

	Ασθενής	Ασφαλιζόμενο μέλος
Επίθετο:	.....	.....
Όνομα:	.....	.....
Ημερ γέννησης:	.....	.....
Οδός:	.....	.....
Ταχ κώδικας:	.....	.....
Τηλ οικίας:	.....	.....
Τηλ εργασίας:	.....	.....
Κινητό τηλ:	.....	.....
E-mail: <small>(ηλεκτρονική διεύθυνση)</small>	.....	.....
Επάγγελμα:	.....	.....
Εργοδότης:	.....	.....
Ασφαλιστικό ταμείο:	.....	.....

Για ασφαλισμένους σε κρατικό ασφαλιστικό ταμείο:

- Υποχρεωτική ασφάλιση  ναι  όχι  
Εθελοντική ασφάλιση  ναι  όχι  
Επιπλέον ασφάλιση  ναι  όχι  
Κάλυψη κόστους  ναι  όχι

Για ασφαλισμένους σε ιδιωτικό ασφαλιστικό ταμείο:

- Στάνταρ ταρίφα  ναι  όχι  
Φοιτητική ασφάλιση  ναι  όχι

Το ιατρείο μας σας συστήθηκε από: .....

Λόγος της επίσκεψης

- |                         |   |          |   |
|-------------------------|---|----------|---|
| Έλεγχος                 | <input type="radio"/> ναι <input type="radio"/> όχι | Ενόχληση | <input type="radio"/> ναι <input type="radio"/> όχι |
| Συμβουλευτική ενημέρωση | <input type="radio"/> ναι <input type="radio"/> όχι | Θεραπεία | <input type="radio"/> ναι <input type="radio"/> όχι |

Άλλος λόγος: .....



## Ιατρικό ιστορικό

Προς αποφυγή ρίσκου για την υγεία σας και για να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατόν ιατρική περίθαλψη είναι πολύ σημαντικό να απαντήσετε ειλικρινά τις ακόλουθες ερωτήσεις.

- |  |                           |                           |
|--|---------------------------|---------------------------|
| Λοιμώδης νόσος (HIV)                                   | <input type="radio"/> ναι | <input type="radio"/> όχι |
| Καρδιακή πάθηση (βηματοδότης, αντικατάσταση βαλβίδων)  | <input type="radio"/> ναι | <input type="radio"/> όχι |
| Τάση για αιμορραγία, αιμορραγικές διαθέσεις (υπέρταση) | <input type="radio"/> ναι | <input type="radio"/> όχι |
| Πάθηση μεταβολισμού (διαβήτης)                         | <input type="radio"/> ναι | <input type="radio"/> όχι |
| Πάθηση ήπατος (ηπατίτιδα)                              | <input type="radio"/> ναι | <input type="radio"/> όχι |
| Πάθηση θυρεοειδή αδένος                                | <input type="radio"/> ναι | <input type="radio"/> όχι |
| Γαστρεντερική πάθηση                                   | <input type="radio"/> ναι | <input type="radio"/> όχι |
| Πάθηση αρθρώσεων (ρευματικά, οστεοπόρωση)              | <input type="radio"/> ναι | <input type="radio"/> όχι |
| Πάθηση νεφρών  | <input type="radio"/> ναι | <input type="radio"/> όχι |
| Πάθηση πνευμόνων (άσθμα)                               | <input type="radio"/> ναι | <input type="radio"/> όχι |
| Τάση παροξυσμού – κρίσεις (επιληψία)                   | <input type="radio"/> ναι | <input type="radio"/> όχι |
| Έχετε υποβληθεί σε θεραπεία για όγκο?                  | <input type="radio"/> ναι | <input type="radio"/> όχι |

Υποφέρετε από κάποια άλλη ασθένεια? .....

Έχετε κάποια αλλεργία? .....

Σας έχουν χορηγηθεί κάποια φάρμακα

ναι  όχι

Ποια

Καπνίζετε?

ναι  όχι

Εάν καπνίζετε, πόσα τσιγάρα ημερησίως? .....

Είστε έγκυος?

ναι  όχι

Εάν είστε, σε ποιο μήνα κύησης βρίσκεστε? .....

Περαιτέρω πληροφορίες που να σχετίζονται με την θεραπεία σας? .....

Πάσχετε από αιμορραγία ούλων?  ναι  όχι

Θέλετε να ενημερωθείτε από το ιατρείο μας για τυχόν

Τρίζετε ή πιέζετε τα δόντια σας?  ναι  όχι

κακοσμία του στόματος και για τρόπους πρόληψης?  ναι  όχι

Είστε ευχαριστημένη/ος με το

χρώμα των δοντιών σας?  ναι  όχι

Θέλετε πληροφορίες για το πρόγραμμα πρόληψης?  ναι  όχι

θεραπευτικές μεθόδους ακόμη και αν το ταμείο σας αναλαμβάνει μόνο ένα μέρος ή και καθόλου το κόστος?  ναι  όχι

Θέλετε να σας υπενθυμίσουμε τον επόμενο έλεγχο (γραφπώς ή τηλεφωνικός)?

ναι  όχι

Επιθυμώ ενημέρωση για το εξής θέμα:

Πρόληψη

ναι  όχι

Περιοδοντολογία

ναι  όχι

Προσθετική

ναι  όχι

Εμφυτεύματα ελάχιστης επέμβασης

ναι  όχι

Άλλο θέμα: .....

Το ραντεβού για την συγκεκριμένη ημερομηνία έχει προγραμματιστεί για εσάς. Σε περίπτωση ακύρωσης παρακαλούμε να μας ενημερώσετε εγκαίρως, τουλάχιστον **48 ώρες** πριν. Σε ματαίωση τελευταίας στιγμής ή στην μη τήρηση του ραντεβού σας μπορούν να προκύψουν ακυρωτικές χρεώσεις και να τιμολογηθούν εις βάρος σας.