



DentoCentrum

Centrum Implantologii i Stomatologii Estetycznej

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY PACJENTA

(podane informacje objęte są tajemnicą lekarską)

DANE OSOBOWE

IMIĘ I NAZWISKO _____ PESEL _____

DATA URODZENIA _____ EMAIL _____

TELEFON KOMÓRKOWY _____ TELEFON STACJONARNY _____

ADRES ZAMIESZKANIA _____

GWARANCJA

W pełni odpowiadamy za jakość naszej pracy i udzielamy na nią dwuletniej gwarancji.
Implanty Straumann objęte są dożywotnią gwarancją producenta.

Warunkiem utrzymania gwarancji jest:

- › higienizacja jamy ustnej (usunięcie kamienia i osadów) co sześć miesięcy,
- › utrzymanie higieny jamy ustnej zgodnie z zaleceniami higienistki lub lekarza, podanymi podczas instruktażu higieny jamy ustnej,
- › odbywanie wizyt kontrolnych co sześć miesięcy,
- › niezwłoczne wykonanie zabiegów zaleconych przez lekarza podczas wizyt kontrolnych,
- › przez pierwszy rok po zakończeniu leczenia ortodontycznego, odbywanie wizyt kontrolnych co trzy miesiące połączone z higienizacją jamy ustnej (usunięcie kamienia i osadów) w zależności od wskazań.

Gwarancja nie obejmuje:

- › prac tymczasowych - korony tymczasowe, protezy natychmiastowe osadzone bezpośrednio po usunięciu zębów wymagające po pewnym czasie podścielenia,
- › prac, przy wykonaniu których Pacjent został poinformowany o ograniczonej gwarancji lub jej braku, a które zostały wykonane na wyraźne życzenie Pacjenta,
- › kiedy bezpośrednio po wypełnieniu zęba okazuje się konieczne przeprowadzenie leczenia kanałowego, wtedy wypełnienie wykonywane jest w ramach gwarancji, natomiast Pacjent ponosi koszt leczenia kanałowego,
- › ponownego leczenia kanałowego zęba leczonego wcześniej poza kliniką,
- › leczenia kanałowego bez użycia mikroskopu,
- › leczenia zębów mlecznych.

Nie podlegają gwarancji uszkodzenia powstałe w wyniku:

- › niedostatecznej higieny jamy ustnej,
- › złamań koron zębowych pomiędzy wizytami zębów będących w trakcie leczenia kanałowego,
- › złamań koron zębowych zębów po leczeniu kanałowym nieodbudowanych protetycznie,
- › braku przestrzegania zaleceń lekarza odnośnie postępowania z uzupełnieniem protetycznym lub aparatem ortodontycznym (również retencyjnym),
- › uzupełnienia tylko części braków zębowych, powodując przeciążenie strefy uzupełnionej protetycznie,
- › nieodbywania zalecanych wizyt kontrolnych,
- › urazów mechanicznych,
- › naturalnego zaniku kości i zmian w przyzębiu,
- › istniejącego schorzenia mającego niekorzystny wpływ na układ żujący (np. cukrzyca, padaczka, osteoporoza, stan po napromieniowaniu i terapii cytotatykami).

Oświadczam że zapoznałam/-em się z powyższymi warunkami gwarancji, zasady te są dla mnie znane, rozumiem i w pełni je akceptuję.

PODPIS PACJENTA _____

DANE ODNOŚNIE STANU ZDROWIA

Prosimy o postawienie znaku X w odpowiedniej kratce , a w przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK podanie szczegółowych informacji poniżej tabeli.

Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pani / Pana następujące schorzenia	NIE	TAK	NIE WIEM
Nadciśnienie			
Choroba niedokrwienia serca			
Zawał serca			
Wada serca			
Niewydolność krążenia			
Stan po operacji serca			
Choroby nerek			
Choroby reumatyczne			
Choroby oczu			
Zaburzenia hormonalne			
Cukrzyca			
Padaczka			
Udar mózgu			
Zaburzenia krzepnięcia (przedłużone krwawienia np. po skaleczeniu)			
HBS pozytywny			
WZW typu B			
WZW typu C			
HIV/AIDS			
Choroby tarczycy			
Astma			
Choroby skóry			
Przeciwwskazania	NIE	TAK	NIE WIEM
Alergia na leki			
Alergia na nikiel			
Alergia na środki znieczulające			
Alergia na materiały stomatologiczne			
Inne	NIE	TAK	NIE WIEM
Ciąża			
Zabieg operacyjny w ciągu ostatnich 2 lat			
Czy aktualnie Pani/Pan leczy się z jakiegoś powodu?			
Czy przyjmuje Pani/Pan obecnie jakieś leki? (zwłaszcza hamujące krzepnięcie krwi)			

Czy miała/miał Pani/ Pan jakieś nie wymienione powyżej schorzenia?			
Czy była/był Pani /Pan kiedykolwiek znieczulana/-y w obrębie jamy ustnej?			

Dodatkowe informacje o stanie zdrowia / przyjmowanych lekach:

WYWIAD STOMATOLOGICZNY

Czy Pana/ Pani zęby są wrażliwe podczas:	NIE	TAK
Spożywania ciepłych, zimnych lub słodkich potraw		
Gryzienia lub żucia		
Czy zauważył(a) Pan/ Pani nieprzyjemny zapach w jamie ustnej?		
Czy często ma Pan/ Pani opryszczkę lub inne zmiany w jamie ustnej?		
Czy cierpi Pan/ Pani na choroby dziąseł (krwawienie lub ból dziąseł)?		
Czy Pana/ Pani rodzice cierpią na chorobę dziąseł?		
Czy zaobserwował(a) Pan/Pani problemy z gryzieniem?		
Czy zdarza się Panu/ Pani zaciskać lub zgrzytać zębami podczas snu?		
Czy ma Pan/Pani problemy ze snem, chrapaniem?		
Czy leczył(a) się Pan/ Pani ortodontycznie?		
Czy miał(a) Pan/ Pani przeprowadzany zabieg chirurgiczny w jamie ustnej?		
Czy był(a) Pan/ Pani leczony periodontologicznie?		
Czy miał(a) Pan/ Pani urazy w jamie ustnej lub w obrębie głowy?		
Jeżeli tak, proszę określić jakiego rodzaju		
Czy doświadczył(a) Pan/ Pani bólu w okolicy stawów skroniowo - żuchwowych, uszu lub części twarzy?		
Czy ma Pan/ Pani trudności przy otwieraniu/ zamykaniu jamy ustnej?		
Czy jest Pan/ Pani zadowolony z wyglądu swoich zębów?		
Jeśli nie, proszę podać przyczynę niezadowolenia		
Czy ma Pan/ Pani obawy przed leczeniem stomatologicznym?		
Jeżeli tak, proszę określić czym są one spowodowane?		

Oświadczam, że podane przez mnie powyżej informacje są zgodne ze stanem fizycznym. O wszelkich zmianach w moim stanie zdrowia, szczególnie mogących mieć wpływ na przebieg leczenia stomatologicznego, zobowiązuje się niezwłocznie poinformować lekarza prowadzącego. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb mojego leczenia stomatologicznego w DentoCentrum.

Kraków, dnia _____ **PODPIS PACJENTA** _____

Kwestionariusz przyjął _____ Kwestionariusz wprowadził do komputera _____