

ΧΡΥΣΑΝΝΑ ΤΟΥΛΟΥΠΑΚΗ, DDS
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ
Ρόλεν 21B, Ηράκλειο Κρήτης
Τηλ: 2813 019405 | info@touloupaki.gr
ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Οι πληροφορίες είναι απολύτως εμπιστευτικές και χρήσιμες ώστε να θεραπευτείτε με τη μεγαλύτερη ασφάλεια και αποτελεσματικότητα.

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:

EMAIL: **ΤΗΛ:**

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:

ΟΝΟΜΑ ΙΑΤΡΟΥ ΠΟΥ ΣΑΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΕΙ:

ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ:

.....

Εγκυμοσύνη: ☐ ΝΑΙ Μήνας: ☐ ΟΧΙ

Κάπνισμα: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Νοσηλεία / Εγχειρήσεις: ☐ ΝΑΙ Πότε: Αιτία: ☐ ΟΧΙ

Αλλεργίες (φάρμακα, αναισθητικά, διατροφικές κ.ά.):

Αιμορραγείτε εύκολα: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ **Λιποθυμάτε εύκολα:** ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Σοβαρό ατύχημα στο κεφάλι: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Έχετε βηματοδότη: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

Άλλο πρόβλημα υγείας:

Ακτινοβολίες / Χημειοθεραπεία για καρκίνο: ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΚΑΤΕ ΠΟΤΕ ΓΙΑ:

☐ Καρδιακά προβλήματα ☐ AIDS ☐ Ηπατίτιδα ☐ Διαβήτη ☐ Ιγμορίτιδα

☐ Υπέρταση/Υπόταση ☐ Αναιμία ☐ Θυρεοειδή ☐ Ψυχική Νόσο

☐ Οστεοπόρωση ☐ Αρθρίτιδα ☐ Εγκεφαλικό ☐ Επιληψία

☐ Άσθμα ☐ Έλκος στομάχου

Πότε πήγατε τελευταία φορά σε οδοντίατρο; Για ποιο λόγο:

Είχατε επιπλοκές σε οδοντιατρική θεραπεία; ☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ. Περιγράψτε:

Πόσο συχνά βουρτσίζετε τα δόντια σας:

ΜΗΠΩΣ ΕΧΕΤΕ Ή ΕΙΧΑΤΕ:

☐ Θορύβους στη γνάθο ☐ Τρίξιμο δοντιών ☐ Πόνους κοντά στο αυτί/μάγουλα

☐ Νάρθηκες ΚΓΔ ☐ Πληγές στο στόμα ☐ Κακοσμία ή κακή γεύση

☐ Κάτι άλλο:

Σας ενδιαφέρει αισθητική αποκατάσταση ή λεύκανση; ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

☐ Δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω συμπληρώσει το ιατρικό μου ιστορικό αληθώς και ότι θα ενημερώσω την οδοντίατρο για κάθε μεταβολή της κατάστασης της υγείας μου στο μέλλον.

Ημερομηνία: **Υπογραφή:**