

## KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

Nazwisko i Imię .....

Data urodzenia .....

Pesel .....

Adres zamieszkania .....

E-mail .....

tel. komórkowy .....

tel. stacjonarny .....

## KWESTIONARIUSZ ZDROWOTNY

Czy leczy się Pan/Pani z powodu jakiejś choroby?.....

Jakiej?.....

Czy jest Pan/Pani uczulona na leki, metale, pokarmy?.....

Czy Pan/Pani pali?.....

Czy długo krwawi Pan/Pani po skaleczeniu?.....

Czy skarży się Pan/Pani na dolegliwości ze strony serca lub układu krwionośnego?.....

Czy jest Pan/Pani chora na cukrzyce?.....

Czy przechodziła Pan/Pani napady epilepsji?.....

Czy chorował Pan/Pani na żółtaczkę?.....

Czy jest Pan/Pani chora na AIDS?.....

Czy ma Pan/Pani czasami bóle lub uczucie napięcia w stawie skroniowo-żuchwowym lub w okolicy twarzy?.....

Czy skarży się Pan/Pani na bóle głowy, szyi lub pleców?.....

Czy zgrzyta lub zaciska Pan/Pani zęby?.....

Czy dziąsła krwawią przy szczotkowaniu?.....

Pacjentka: czy jest Pani w ciąży? .....

Skąd Pan/Pani uzyskał/a informację o naszej Klinice.....

.....

Wyrażam zgodę na leczenie stomatologiczne w Klinice Impladent oraz na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb Kliniki zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.97 o Ochronie Danych Osobowych, Dz. Ust. Nr 133 poz. 883.

Gdańsk – Kowale, dn. .... Podpis .....