

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΗ ΗΛΙΚΙΑ ΗΜΕΡ. ΕΞΕΤΑΣΗΣ.....
 ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΟΛΗ..... Τ.Κ ΤΗΛ.....
 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ ΤΗΛ.ΕΡΓ.....
 ΗΜΕΡ. ΓΕΝ.: ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΣ ΑΣΘΕΝΗ.....
 ΠΑΡΑΠΕΜΦΘΕΙ ΑΠΟ ΓΙΑΤΡΟΣ ΑΣΘΕΝΗ.....
 E-mail:ασθενή ή γονέων.....

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

Όνομα ΠΑΤΕΡΑ.....Διεύθυνση.....Τηλ.....
 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ ΤΗΛ Εργ.....
 Όνομα ΜΗΤΕΡΑΣ.....Διεύθυνση.....Τηλ.....
 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΕΡΓΟΔΟΤΗΣ ΤΗΛ Εργ.....

Οικογενειακή κατάσταση γονέων :

☐ ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΙ ☐ ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ☐ ΧΩΡΙΣΜΕΝΟΙ ☐ ΜΟΝΟΓΟΝΕΙΚΗ

ΑΤΟΜΟ ΥΠΕΥΘΥΝΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΛΗΡΩΜΗ : Όνομα.....
 Διεύθυνση:.....Τηλ.....

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΕΙΝΑΙ ΚΑΛΗ ☐ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

ΕΧΕΙ ΝΟΣΗΣΕΙ ΜΕ ΟΤΙΔΗΠΟΤΕ ΑΠΟ ΤΑ ΠΙΟ ΚΑΤΩ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΑΝ ΝΑΙ ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Διαβήτη | ☐ Ενδοκρινολογικά πρ. | ☐ Νεφρικά προβλήματα |
| ☐ Πνευμονία | ☐ Ορμονικά προβλήματα | ☐ Παρατεταμένες αιμορ. |
| ☐ Καρδιακά προβλήματα | ☐ Αναιμία | ☐ Νευρολογικά προβλ |
| ☐ Ρευματικό πυρετό | ☐ Επιληψία | ☐ Ηπατικά προβλήματα |
| ☐ Οστικά προβλήματα | ☐ Άσθμα | ☐ Λιποθυμίες ζαλάδες |
| ☐ Οστεοπόρωση | ☐ Αλλεργία | ☐ Πονοκεφάλους |
| ☐ Γλαύκωμα | ☐ Ηπατίτιδα | ☐ Δυσκολίες στον ύπνο |

Παθαίνει τακτικά κρυολογήματα , αμυγδαλίτιδες και ωτίτιδες.....
 Έχουν αφαιρεθεί αμυγδαλές και ή αδenoειδείς εκβλαστήσεις (κρεατάκια); Αν ναι σε ποια ηλικία;.....
 Έχει υποβληθεί σε άλλες χειρουργικές επεμβάσεις;
 Παίρνει κάποια φάρμακά τώρα.....
 Ονομάστε αλλεργίες ή ευαισθησίες σε φάρμακα.....

(Δεν αφορά ενήλικες) Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΕΧΕΙ ΜΠΕΙ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ ☐ Ύψος Βάρος.....
 Κορίτσια : Έχει αρχίσει η έμμηνος ρήση (περίοδος) ; Αν ναι πότε;
 Αγόρια : Η μεταφώνηση έχει γίνει (όταν χοντραίνει η φωνή);.....
 Πότε έγινε η τελευταία Οδοντιατρική εξέταση;.....
 Τραυματιστήκατε ποτέ στο πρόσωπο, στο στόμα ή τα δόντια;.....
 Ο ασθενής θήλαζε τον αντίχειρα ή τα δάκτυλά του; Αν ναι μέχρι ποια ηλικία;.....
 Ο ασθενής έχει προβλήματα λόγου έκανε ποτέ λογοθεραπεία;.....

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΕΚΕΙΝΟ ΠΟΥ ΣΑΣ ΕΝΟΧΛΕΙ ΚΑΙ ΖΗΤΗΣΑΤΕ ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Επισκεφθείτε τον ορθοδοντικό πριν την ηλικία των 7 χρόνων. Αν είστε ενήλικας μην διστάσετε να πάρετε μια γνώμη ειδικού. Ποτέ δεν είναι αργά. Ορθοδοντική μπορεί να γίνει σε όλες τις ηλικίες.

Αντλαμβάνομαι ότι οι πληροφορίες που δίνω είναι **απόρρητες**. Είμαι υπεύθυνος για παραλείψεις ή λάθη που πιθανόν να μου διέφυγαν όταν συμπλήρωνα το ιστορικό με τα προσωπικά μου δεδομένα. Σε περίπτωση που θα παρουσιαστούν νέα δεδομένα ή αλλαγές στο ιστορικό μου θα ενημερώσω τον γιατρό μου.

Δίνω την **συγκατάθεση** μου για συλλογή πληροφοριών (φωτογραφίες, ακτινογραφίες, ψηφιακές αποτυπώσεις κα) που είναι απαραίτητες στην διάγνωση και θεραπεία του προβλήματος μου. Επιτρέπω όπως αυτές μεταφερθούν στους θεράποντες γιατρούς ή εργαστήρια που εμπλέκονται στην θεραπεία μου όπου και αν χρειαστεί. ☐

Επιτρέπω φωτογραφίες μου πριν και μετά την θεραπεία μου να χρησιμοποιηθούν σε επιστημονικές συναντήσεις, σε παρουσιάσεις και σε δημοσιεύσεις επιστημονικού χαρακτήρα. ☐

Εξουσιοδοτώ την Κυριακίδης Ηρακλέους Οδοντιατρική Κλινική όπως επικοινωνεί μαζί μου κάνοντας χρήση των στοιχείων επικοινωνίας μου στέλλοντας ενθύμηση των ραντεβού μου με SMS ή ότι άλλο κρίνει αναγκαίο. ☐

Διατηρώ το δικαίωμα οποιαδήποτε στιγμή να ζητήσω την παραλαβή ή διαγραφή των προσωπικών μου δεδομένων.

Υπογραφή

Ημερομηνία