

Imię i nazwisko Pacjenta Ім'я Прізвище пацієнта	Numer Paszportu номер паспорта
	PESEL
Adres Ukraina Адреса в Україні	
Adres Polska Адреса в Польщі	
Telefon Телефон	

WYWIAD STOMATOLOGICZNY
Анкета стоматологічна

WYWIAD OGÓLNY

- 1) Czy czuje się Pan/i ogólnie zdrowy? Чи відчуваєте Ви себе загально здоровим TAK/NIE
- 2) Czy miał Pan/i wykonywane znieczulenia u stomatologa? Чи мали ви коли-небудь анестезію в стоматолога TAK/NIE
- 3) Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył(a) się Pan(i) w szpitalu? Чи протягом останніх двох років ви лікувались в лікарні ? TAK/NIE
Jeśli tak to z jakiego powodu:
- 4) Czy aktualnie się Pani na coś leczy? Чи зараз Ви на щось лікуєтесь TAK/NIE
Jeśli tak to na co: Якщо так то на що
- 5) Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę/leki przeciwkrzepliwe) Чи przyjmuje Ви якісь ліки (Особливо аспірин або ліки антитромбозні(для розрідження крові) TAK/NIE
- 6) Czy jest Pan(i) na coś uczolony(a) ? Чи маєте Ви алергію на щось? TAK/NIE
Jeśli tak to na co: Якщо так то на що ?
- 7) Czy występują u Pan(i) Чи маєте Ви ?
 - a. Duszność Задихку TAK/NIE
 - b. Pokrzywka Висипку TAK/NIE
 - c. Obrzęki Набряки TAK/NIE
 - d. Swędzenie Свербіж TAK/NIE
- 8) Czy ma pani skłonność do krwawień? Схильність до крововиливів TAK/NIE
- 9) Czy miał Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? Чи втрачаєте чи свідомість або почуваетесь погано TAK/NIE
- 10) Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca? Чи маєте Ви кардіостимулятор TAK/NIE
- 11) Czy choruje bądź chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób?
Чи хворієте Ви або хворіли на якусь з наступних хвороб ?
 - a. Choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego) Хвороби серця (інфаркт,ішемічна хвороба серця ,вада серця ,порушення ритму серця,міокардит) TAK/NIE

b. Inna choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności) Інші хвороби кровоносної системи (підвищений тиск ,низький тиск,непритомність,задишка) TAK/NIE

c. Choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podczas chodzenia) Хвороби судин (варикоз,тромбофлебіт,погане надходження крові до нижніх кінцівок,біль підчас ходьби) TAK/NIE

d. Choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli) Хвороби легень (е фізика легень,запалення легень,туберкульоз,астма,хронічний бронхіт TAK/NIE

e. Choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit) Хвороби шлунково-кишкового тракту (Виразка шлунка,дванадцятипалої кишки,хвороби кишківникаTAK/NIE

f. Choroby wątroby (kamica, żółtaczką, marskość wątroby) Хвороби печінки(жовчні камені ,жовтяниця,цироз печінки) TAK/NIE

g. Choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu) Хвороби сечової системи(запалення нирок ,ниркова коліка,важкість в сечовипусканні) TAK/NIE

h. Zaburzenia przemiany materii (cukrzyca: jaki typ? , dna moczanowa) Порушення обміну речовин (цукровий діабет,якій тип, подагра) TAK/NIE

i. Choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne) Захворювання щитоподібної залози (гіпертериоз,гіпотериоз,зоб) TAK/NIE

j. Choroby układu nerwowego (padaczka, niedowład, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia) Захворювання нервової системи(епілепсія,слабкість,втрати притомності,паралічі,сенсорні порушення ,міастенія) TAK/NIE

k. Choroby układu kostno-stawowego (bóle korzonkowe, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach) Захворювання опорно-рухового апарату (радикуліт,сколіоз, хвороби ставів,стани по переломах) TAK/NIE

l. Choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) Захворювання кровоносної системи(гемофілія,анемія,схильність до мікро синців,часті крововиливи з носа ,довготривала кровотеча після екстракції зуба TAK/NIE

m. Choroby oczu (jaskra) Хвороби очей (глаукома) TAK/NIE

n. Zmiany nastroju (depresja/nerwica) Зміни настрою(депресія,невроз) TAK/NIE

o. Choroby zakaźne Інфекційні хвороби

- żółtaczką zakaźną A Гепатит А (хвороба Боткіна) TAK/NIE

- żółtaczką zakaźną B Гепатит В TAK/NIE

- żółtaczką zakaźną C Гепатит С (цироз печінки) TAK/NIE

- AIDS СНІД TAK/NIE

- gruźlica Туберкульоз tak/nie

12) Choroba reumatyczna Ревматична хвороба TAK/NIE

13) Osteoporoza Остеопороз TAK/NIE

14) Inne dolegliwości/jakie? Інші симптоми ,які ? TAK/NIE

15) Czy był Pan(i) kiedyś operowany? Чи були Ви колись оперовані ? TAK/NIE
Jeśli tak, to na co Якщо так ,то що за операція?

16) Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie? Чи добре яви перенесли наркоз ? TAK/NIE

17) Czy pali Pan(i) tytoń? Чи яви палите? Jeśli tak, to ile i od kiedy Якщо так то скільки і відколи ?

18) Czy pije Pan(i) alkohol? Чи зловживаєте Ви алкоголем ? TAK/NIE

19) Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające, nasenne, narkotyki? Jeśli tak to jakie? Чи приймали Ви заспокійливі,снодійні,наркотики ? Якщо так,то які ? TAK/NIE

20) Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę? Коли ви мали останню менструацію ?

WYWIAD SZCZEGÓŁOWY

21) Jak często odwiedza Pan(i) dentystę? Як часто яви відвідуєте стоматолога? Co § ile miesięcy? Протягом скількох місяців?

22) Czy odczuwa Pan(i) strach przed leczeniem stomatologicznym? Чи відчуваєте Ви страх перед лікуванням у стоматолога? TAK/NIE

23) Czy miał Pan(i) nieprzyjemne doświadczenia związane z leczeniem stomatologicznym? Чи мали Ви неприємний досвід пов'язаний зі стоматологічним лікуванням ? TAK/NIE

24) Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pan(i) problemy ze znieczuleniem stomatologicznym? Чи коли-небудь Ви мали проблеми пов'язані з анестезією стоматологічною TAK/NIE

25) Czy kiedykolwiek nosił(a) Pan(i) aparat ortodontyczny, przechodził leczenie ortodontyczne? Чи коли-небудь Ви носили брекет систему ,проходили ортодотичне лікування ? TAK/NIE

26) Czy miał(a) Pan(i) kiedykolwiek usunięty ząb? Чи мали Ви колись видалення зубів ? TAK/NIE

27) Czy podczas mycia zębów krwawią Panu/Pani dziąsła? Підчас чищення зубів чи кровоточать в Вас ясна ?

28) Czy kiedykolwiek zauważył Pan(i) u siebie przykry zapach z ust? Чи коли-небудь зауважували у себе неприємний запах в ротовій порожнині ? TAK/NIE

29) Czy w Pana/Pani rodzinie są osoby z chorobą przyzębia? Чи в родині є особи які мають захворювання пародонту ? TAK/NIE

30) Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pana/Pani recesje dziąseł? Чи коли-небудь у Вас опускались ясна ,так звана рецесія ? TAK/NIE

31) Czy doświadczył Pan(i) uczucia pieczenia w jamie ustnej? Чи відчували Ви печіння ротової порожнин ? TAK/NIE

32) Czy wydaje się Panu/Pani, że ma za mało śliny w jamie ustnej lub doświadcza trudności podczas przełykania pokarmu? Чи не здається Вам ,що ви маєте замало слини в ротовій порожнині ,що дає відчуття тяжкості в ковтанню їжі ? TAK/NIE

33) Czy czuje Pan/Pani dziury (zagłębienia, otwory) na powierzchniach gryzących zęba? Чи відчуваєте Ви дірки(заглиблення,отвори) на поверхні зубів ? TAK/NIE

34) Czy często jedzenie dostaje się Panu/Pani pomiędzy zęby? Чи часто їжа потрапляє Вам поміж зубів ? TAK/NIE

35) Czy ma Pan/Pani problemy ze stawami skroniowo-żuchwowymi podczas jedzenia? (ból/dźwięk/podczas ruchu, ograniczony zakres otwarcia, blokada, trzask) Чи маєте Ви проблеми з скронещелепним сугробом (біль,звук підчас руху щелепи,,обмежений діапазон відкриття,блокада ,тріскіт) TAK/NIE

36) Czy w ciągu dnia zaciska Pan(i) zęby lub robi coś, co powoduje ich ból? Чи протягом дня є щось таке що Ви робите і це викликає зубний біль ? TAK/NIE

37) Czy ma Pan/Pani problemy ze snem (np. niepokój) budzi się z bólem głowy lub szczególnym odczuciem, jeśli chodzi o zęby? Чи маєте Ви проблеми зі сном ,будитесь від головної боли,або болем зубів ? TAK/NIE

38) Jaki jest powód dzisiejszej wizyty? Якій Ви маєте привіт сьогоднішнього візиту ?

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Свідчу про те що вище подані дані є правдиві

Imię i Nazwisko [Podpis]

Ім'я Прізвище (Підпис)

.....