

שאלון בריאות ופרטים אישיים למתרפא/ה

שם משפחה	שם פרטי	תעודת זהות								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">כתובת: רחוב</td> <td style="text-align: center;">מספר</td> <td style="text-align: center;">עיר</td> <td style="text-align: center;">מיקוד</td> </tr> </table>							כתובת: רחוב	מספר	עיר	מיקוד
כתובת: רחוב	מספר	עיר	מיקוד							
תאריך לידה	מצב משפחתי	טלפון בבית	הופנה ע"י							
מקצוע/עיסוק	טלפון עבודה	טלפון נייד								
רופא שיניים קודם	טלפון									
רופא משפחה	טלפון									

יש להקיף בעיגול את הפרטים הדרושים ולפרט במקרה של תשובה חיובית באם הנך סובל/ת או סבלת בעבר מ:

כן לא מצב בריאותי תקין לחלוטין

.....	לחץ דם גבוה/נמוך	לא	כן
.....	בעיה קרדיאלית (לב)	לא	כן
.....	קשיי נשימה	לא	כן
.....	אסטמה	לא	כן
.....	דלקת פרקים	לא	כן
.....	סכרת	לא	כן
.....	אפילפסיה או אבדן הכרה	לא	כן
.....	כליות	לא	כן
.....	כבד	לא	כן
.....	מערכת העיכול או אולקוס	לא	כן
.....	צהבת	לא	כן
.....	שחפת	לא	כן
.....	נטייה לדימום	לא	כן
.....	בלוטת התריס תירוואיד	לא	כן
.....	אלרגיה לתרופות או אחר	לא	כן
.....	אשפוז בבית חולים	לא	כן
.....	טיפול פסיכיאטרי	לא	כן
.....	עירוי דם	לא	כן
.....	מחלת מין או HIV איידס	לא	כן
.....	אנמיה -חוסר דם, מחלת דם	לא	כן
.....	קיבלת אלחוש מקומי / הרדמה	לא	כן
.....	פצעים וכאבים בפנים או בפה	לא	כן
.....	מקבל/ת תרופות באופן קבוע	לא	כן
.....	נמצא/ת בטיפול רפואי	לא	כן
.....	לנשים: בהריון / מניקה	לא	כן

הריני מאשר כי הנאמר לעיל הינו נכון ומתחייב/ת להודיע לרופא על כל שינוי במצב הבריאות ו/או שימוש בתרופות. הריני נותן הסכמתי לטיפול ומתחייב לשלם עבור הטיפולים.

תאריך: _____ חתימת המתרפא/ה (לקטין הורה/אפוטרופוס) _____.