

استبيان التاريخ الطبي وتاريخ الأسنان

يُملأ قبل أول زيارة ويُراجع في كل زيارة. إجاباتك تساعد طبيبك على علاجك بأمان.

للعيادة: رقم الملف

التاريخ

بياناتك

الاسم الكامل

تاريخ الميلاد

الجوال

البريد الإلكتروني

المدينة والحي

المهنة

شخص للطوارئ وهاتفه

طبيبك العام وهاتفه

الجنس

ذكر ☐ أنثى ☐

سبب زيارتك اليوم

فحص دوري ☐ألم ☐سن أو حشوة مكسورة ☐تنظيف ☐نزف اللثة ☐تبييض أو تجميل ☐تعويض سن مفقودة ☐تقويم الأسنان ☐أخرى: ☐

أخبرنا بكلماتك

صحتك العامة: هل لديك أو كان لديك...

السؤال	نعم	لا	التفاصيل
مشكلة في القلب أو ذبحة أو جلطة	☐	☐	
صمام قلب صناعي أو التهاب سابق في بطانة القلب	☐	☐	
ارتفاع ضغط الدم	☐	☐	
نزف يطول أو كدمات بسهولة	☐	☐	
دواء يميع الدم	☐	☐	
السكري	☐	☐	
الربو أو مرض في الصدر	☐	☐	
الصرع أو نوبات تشنج	☐	☐	
مرض في الكبد أو الكلى	☐	☐	
التهاب الكبد أو عدوى أخرى تنتقل بالدم	☐	☐	
علاج للسرطان، أو إشعاع على الرأس أو الرقبة	☐	☐	
أدوية أو حقن لهشاشة العظام (مثل البيسفوسفونات)	☐	☐	
مفصل صناعي	☐	☐	
أدوية الكورتيزون أو أدوية تضعف المناعة	☐	☐	
دخول المستشفى أو عملية في آخر سنتين	☐	☐	
حمل أو رضاعة (للسيدات)	☐	☐	

الأدوية

اكتب كل ما تتناوله الآن، ومنه الأعشاب والمكملات

الحساسية: هل لديك حساسية من...

السؤال	نعم	لا	التفاصيل
البنسلين أو مضاد حيوي آخر	☐	☐	
اللاتكس (المطاط الطبي)	☐	☐	
المخدر الموضعي	☐	☐	
أدوية مسكنة	☐	☐	
أخرى	☐	☐	

التدخين ☐ لا ☐ سابقاً ☐ سجائر ☐ شيشة ☐ سجائر إلكترونية ☐ تبغ للمضغ

أسنانك

آخر زيارة لطبيب الأسنان			سببها		
السؤال	نعم	لا	السؤال	نعم	لا
مشكلة سابقة مع بنج الأسنان	☐	☐	نزف شديد بعد خلع سن	☐	☐
نزف اللثة عند التفريش	☐	☐	حساسية من البارد أو الحلو	☐	☐
ألم أو طقطقة في الفك	☐	☐	ضغط الأسنان أو صريرها	☐	☐
جفاف الفم	☐	☐	تجربة سيئة سابقة عند طبيب الأسنان	☐	☐

كم تشعر بالقلق من علاج الأسنان؟ ضع علامة على رقم واحد.

لا قلق	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	خوف شديد
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

تفرش أسنانك ☐ مرة يومياً ☐ مرتين أو أكثر ☐ أحياناً

تنظف بين الأسنان ☐ يومياً ☐ أحياناً ☐ لا

الإقرار والموافقة

أقر بأن المعلومات أعلاه صحيحة بحسب علمي، وسأبلغ العيادة بأي تغيير في صحي أو أدويتي. وأوافق على الفحص والأشعة اللازمة للتشخيص؛ وأي علاج بعدها يُشرح لي وأوافق عليه أولاً.

خصوصيتك: يُحفظ هذا النموذج في ملفك لدى العيادة، ولا يُطلع عليه إلا من يعالجك، ولا يُستخدم إلا لرعايتك.

توقيع المريض أو ولي الأمر

صلة القرابة إن كان ولي أمر

التاريخ

العيادة: المراجعات

التاريخ	ما تغيّر	توقيع المريض	راجع

في ديتولايز يُحفظ هذا المستند على ملف المريض: dentolize.com