

CMD

Доктор медицины,стоматолог Петер Грeve

Шильдергассе 120, 50667 Кёльн, Германия тел.+49221-2576402

Ваше первое посещение CMD-Центра.

Для того,чтобы Ваше обследование и лечение было успешным,нам необходимо помимо Ваших личных данных также сведения о состоянии Вашего здоровья.Все данные будут сохранены в тайне.

Пациент

Фамилия..... Имя.....дата рождения.....

Улица.....дом.телефон.....профессия.....

Индекс.....город.....раб.телефон.....интернет-адрес.....

На имя кого страховка (заполняется в том случае,если Вы сами не имеете страховки и застрахованы,например через родителей или т.п.)

Фамилия.....Имя.....дата рождения.....

Улица.....индекс.....город.....телефон.....

Кем Вы направлены,кто Вам рекомендовал к нам обратиться.....

Кем Вы застрахованы.....

Заболевания:

- диабет(высокое содержание сахара)
- аллергии,см.ниже
- астма(затруднённое дыхание с удушьем)
- эпилепсия(наличие припадков)
- гемофелия(несвертываемость крови)
- инфаркт миокарда/инсульт
- высокое/низкое кровяное давление
- электрокардиостимулятор
- искусственный клапан сердца
- заболевания крови
- инфекционные заболевания:
 - СПИД -туберкулёз
 - гепатит A/ B /C
- заболевания щитовидной железы
- проблемы ,связанные с остановкой кровотечения

наличие беременности да,.....месяцевнет
принимаете ли вы лекарствада,а именно..... ...нет
другие лекарства/аллергии.....

Проблемы со здоровьем в настоящий момент

- головокружение,нарушение равновесия или неуверенность при ходьбе;если да,то когда в наибольшей степени.....
- зуд или онемение руки/пальца ноги если да,где именно.....
- боль возникает в голове,челюсти,затылке,плече,спине,бедре,в области груди
- боль возникает сначала.....справа,слева,с двух сторон одновременно
- сила боли (по шкале от 1 до 10,10-самая сильная) за последние 7 дней.....
- шум в ушах или звуки в челюстных суставах ... не имеются ... имеются ... справаслева
....с обеих сторон

Особенности

- беспокойный сон
- боли (утром,в течении дня,вечером,как часто,.....раз в неделю)
- напряжение челюстных мышц
- частые инфекции носа или горла
- удаление миндалин
- неправильное положение головы или плеч
- проблемы позвоночника (сколиоз,укорочение ног и т.п.)
- боли при движении головы/шеи,плечевых суставов,спины
- проблемы дыхания/отдышка
- страдаете ли Вы от запаха изо ртада.....нет

Имеете ли Вы жалобы в области зубов в состоянии покоя или при давлении.....нет

Перед появлением таких жалоб проводились ли Вам стоматологические вмешательства,если да,то какие

Есть ли у Вас просьбы

Пожалуйста имейте в виду, что согласованное время посещения зарезервировано за Вами. Отказ возможен не позже, чем за 24 часа до установленного времени посещения. Неявка без отказа в установленное время влечёт получение Вами счёта на невыполненные работы.

Кёлн, число.....

подпись пациента или законного представителя.....

Вы удостоверяете свою личность посредством страховой карточки/паспорта/заграничного паспорта номер.....

Здоровые зубы на всю жизнь. Используйте нашу профилактическую программу-профессиональную чистку зубов