

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΖΗΤΑΜΕ ΕΙΝΑΙ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΧΡΕΙΑΖΟΜΑΣΤΕ ΓΙΑ ΝΑ ΣΑΣ ΘΕΡΑΠΕΥΣΟΥΜΕ ΜΕ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ. ΣΑΣ ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ ΠΛΗΡΩΣ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ. (ΔΥΟ ΣΕΛΙΔΕΣ) **ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ.**

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ.....ΑΔΤ.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ.....ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛΕΦ.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ.....ΤΗΛΕΦ.....

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ.....ΤΗΛ. ΕΡΓ.....E-MAIL.....

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ: () ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΗ () ΚΑΛΗ () ΚΑΚΗ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΚΑΙ ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΠΑΘΟΛΟΓΟΥ:.....

ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΤΑΚΤΙΚΑ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΦΑΡΜΑΚΑ; () ΝΑΙ () ΟΧΙ

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΟΝΟΜΑΣΤΕ:.....

ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΦΑΡΜΑΚΑ; () ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΑ () ΑΣΠΙΡΙΝΗ () ΔΙΦΩΣΦΟΝΙΚΑ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΚΑΤΕ Ή ΔΙΑΓΝΩΣΤΗΚΑΤΕ ΠΟΤΕ ΓΙΑ:

() ΚΑΡΔΙΑΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ.....

() ΚΑΡΚΙΝΟ.....

() ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ () ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ () ΘΥΡΕΟΕΙΔΗ () ΕΛΚΟΣ ΣΤΟΜΑΧΟΥ

() ΨΗΛΗ / ΧΑΜΗΛΗ ΠΙΕΣΗ () ΑΝΑΙΜΙΑ – ΝΟΣΟΙ ΑΙΜΑΤΟΣ () ΣΥΦΙΛΗ () ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

() ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΦΛΕΒΩΝ () ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ () ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ () ΑΣΘΜΑ

() ΕΠΙΛΗΨΙΑ () ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ () ΦΥΜΑΤΙΩΣΗ () AIDS

() ΙΓΜΟΡΙΤΙΔΑ () ΝΟΣΟΣ PAGET ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ () ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΠΥΡΕΤΟ

ΑΛΛΟ.....

ΕΧΕΤΕ ΑΛΛΕΡΓΙΑ ΣΕ ΚΑΠΟΙΟ ΦΑΡΜΑΚΟ Ή ΣΕ ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ; () ΝΑΙ () ΟΧΙ

ΕΙΧΑΤΕ ΠΟΤΕ ΣΟΒΑΡΟ ΧΤΥΠΗΜΑ ΣΤΟ ΚΕΦΑΛΙ Ή ΣΤΟ ΛΑΙΜΟ; () ΝΑΙ () ΟΧΙ

ΛΙΠΟΘΥΜΑΤΕ ΕΥΚΟΛΑ; () ΝΑΙ () ΟΧΙ

ΕΧΕΤΕ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΕΙ Ή ΘΕΡΑΠΕΥΤΕΙ ΑΠΟ ΨΥΧΟΛΟΓΟ Ή ΨΥΧΙΑΤΡΟ; () ΝΑΙ () ΟΧΙ

ΚΑΝΕΤΕ ΧΡΗΣΗ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ ΟΥΣΙΩΝ; () ΝΑΙ () ΟΧΙ

ΠΙΝΕΤΕ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΑΛΚΟΟΛ; () ΝΑΙ () ΟΧΙ

ΚΑΠΝΙΖΕΤΕ; () ΝΑΙ () ΟΧΙ ΠΟΣΑ ΤΣΙΓΑΡΑ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ;.....

(ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΟΝΟ) ΚΑΝΕΤΕ ΧΡΟΝΙΑ ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΠΤΙΚΩΝ ΧΑΠΙΩΝ; () ΝΑΙ () ΟΧΙ

ΕΙΣΤΕ ΕΓΚΥΟΣ; () ΝΑΙ () ΟΧΙ ΠΟΙΟ ΜΗΝΑ;.....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ.....

ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΚΥΡΙΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΓΙΑ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΗΛΘΑΤΕ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΜΑΣ;.....

ΠΟΤΕ ΗΤΑΝ Η ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΦΟΡΑ ΠΟΥ ΠΗΓΑΤΕ ΣΤΟΝ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟ;.....

ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ;

ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΒΟΥΡΤΣΙΖΕΤΕ ΤΑ ΔΟΝΤΙΑ ΣΑΣ;

ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ ΟΔΟΝΤΙΚΟ ΝΗΜΑ; () ΝΑΙ () ΟΧΙ ΜΑΤΩΝΟΥΝ ΤΑ ΟΥΛΑ ΣΑΣ; () ΝΑΙ () ΟΧΙ

ΝΙΩΘΕΤΕ Ή ΣΑΣ ΕΧΟΥΝ ΠΑΡΑΠΟΝΕΘΕΙ ΟΤΙ ΜΥΡΙΖΕΙ ΑΣΧΗΜΑ Η ΑΝΑΠΝΟΗ ΣΑΣ; () ΝΑΙ () ΟΧΙ

ΠΟΤΕ ΗΤΑΝ Η ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΦΟΡΑ ΠΟΥ ΚΑΝΑΤΕ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟ ΔΟΝΤΙΩΝ;.....

ΣΑΣ ΕΓΙΝΕ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΟΥΛΙΤΙΔΑΣ Ή ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΙΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ; () ΝΑΙ () ΟΧΙ

ΜΗΠΩΣ ΕΧΕΤΕ ΤΩΡΑ Ή ΕΙΧΑΤΕ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ: (ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ (v) ΑΝ ΝΑΙ)

() ΘΟΡΥΒΟΥΣ ΣΤΟ ΑΝΟΙΓΜΑ Ή ΚΛΕΙΣΙΜΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ

() ΣΦΙΓΓΕΤΕ Ή ΤΡΙΖΕΤΕ ΤΑ ΔΟΝΤΙΑ ΣΑΣ ΤΗΝ ΗΜΕΡΑ Ή ΤΗ ΝΥΧΤΑ

() ΠΟΝΟΥΣ, ΜΕΣΑ Ή ΓΥΡΩ ΑΠΟ ΤΟ ΑΥΤΙ ΚΑΙ ΤΑ ΜΑΓΟΥΛΑ

() ΝΑΡΘΗΚΕΣ ΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΩ ΓΝΑΘΟΥ

() ΠΛΗΓΕΣ Ή ΕΠΩΔΥΝΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΣΤΟ ΣΤΟΜΑ ΣΑΣ

() ΣΦΗΝΩΝΟΥΝ ΤΡΟΦΕΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΑ ΔΟΝΤΙΑ ΣΑΣ

() ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΝΙΩΘΕΤΕ ΟΤΙ Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΗ ΣΑΣ ΥΓΕΙΑ; () ΝΑΙ () ΟΧΙ

ΣΑΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΕΙ Η ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΔΟΝΤΙΩΝ ΣΑΣ; () ΝΑΙ () ΟΧΙ

ΣΑΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΕΙ Η ΛΕΥΚΑΝΣΗ ΔΟΝΤΙΩΝ; () ΝΑΙ () ΟΧΙ

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

Η Πολιτική μας για τα Ραντεβού

Το ιατρείο μας λειτουργεί αποκλειστικά με ραντεβού, τα οποία προγραμματίζονται προσαρμοσμένα στις ανάγκες της θεραπείας του κάθε ασθενή. Για την καλύτερη εξυπηρέτησή σας προσπαθούμε πολύ να είμαστε συνεπείς στο πρόγραμμα της ημέρας και αναμένουμε το ίδιο κι από εσάς. Αν καθυστερήσετε τότε ίσως χρειαστεί να αναπρογραμματίσουμε το ραντεβού σας, έτσι ώστε οι επόμενοι ασθενείς να μην περιμένουν. Παρακαλούμε να μας ειδοποιήσετε έγκαιρα (1 – 2 μέρες πριν) σε περίπτωση δυσκολίας να προσέλθετε. Μπορούμε να προγραμματίσουμε άλλο ραντεβού σε χρόνο που σας βολεύει. Η υπενθύμιση των ραντεβού σας γίνεται με αποστολή SMS, ή και τηλεφώνημα στο χρόνο που εσείς επιλέγετε.

Η οικονομική μας Πολιτική

Κάθε επέμβαση πρέπει να έχει εξοφληθεί με την ολοκλήρωσή της. Για τη διευκόλυνση σας δεχόμαστε μετρητά, επιταγές, πιστωτικές και χρεωστικές κάρτες. Σε μεγάλες θεραπείες σας δίνεται πάντοτε το ενδεικτικό κόστος από πριν και ξεκινούμε μόνο αφού υπάρξει συγκατάθεση στα χρονικά πλαίσια αποπληρωμής της. Επιπρόσθετα, παρέχουμε κάθε βοήθεια στη συμπλήρωση των αιτήσεών σας για τυχόν ασφαλιστικές καλύψεις που έχετε.

ΠΟΙΟΣ ΣΑΣ ΣΥΣΤΗΣΕ ΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΜΑΣ;

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ.....

ΥΠΟΓΡΑΦΗ.....