

# Kwestionariusz zdrowotny

## Pytania ogólne

Imię i Nazwisko	
Data urodzenia	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Numer telefonu	
Adres email	
Zawód	
Skąd Pan/Pani się o nas dowiedział/a?	

## Pytania o dolegliwości i leczenie dentystyczne

Co jest dla Pani/Pana głównym celem wizyty i leczenia? (np. poprawa stanu zdrowia/poprawa wyglądu zębów etc.)			
	<b>Nie</b>	<b>Tak</b>	<b>Szczegóły</b>
Ostre dolegliwości dentystyczne: (Jakie i od kiedy?)			
Przewlekłe dolegliwości dentystyczne: (Jakie i od kiedy?)			
Leczenie dentystyczne w przeciągu ostatnich 3 lat: (Jakie?)			

Problemy ze stawem żuchwy			klikanie blokada ból (jaki i kiedy?)	przeskakiwanie zaciskiwanie	
Bóle i napięcia			oczy plecy	mięśnie twarzowe głowa skronie	szyja
Szumy uszne					
Problemy laryngologiczne (Jakie?) (np. bóle zatok, niedrożność)					
Zaciskanie zębów/zgrzytanie					
Leczenie ortodontyczne teraz lub w przeszłości					
Noszenie retainera ortodontycznego					
Czy jest Pani/Pan zadowolona/ny z wyglądu swoich zębów? Jeśli nie, to dlaczego?					

### Pytania o zdrowie ogólne

	Nie	Tak	Szczegóły
Operacje lub leczenie w szpitalu			
Zawał			
Rozrusznik serca			
Zaburzenia rytmu serca			
Zaburzenia krzepliwości			
Problemy z ciśnieniem (np. wysokie)			
Udar mózgu			
Anemia			
HIV/AIDS			
Wirusowe zapalenie wątroby (WZW)			
Choroby płuc			gruźlica rozedma
			zapalenie oskrzeli lub płuc przewlekła obturacyjna choroba płuc
Astma			
Choroby nerek			

Choroby wątroby			
Epilepsja (padaczka)			
Nowotwór			
Problemy ze wzrokiem/słuchem			
Alergie (np. penicylina, latex, alergie pokarmowe, alergia na pyłki)			
Zapalenie stawów, RZS			
Osteoporoza			
Zespół jelita drażliwego (IBS)			
Nieswoiste zapalenia jelit (np. choroba Crohna)			
Problemy skórne			
Cukrzyca (stan przedcukrzycowy/ cukrzyca typu 1/ cukrzyca typu 2)			
Hashimoto			
Inne problemy endokrynologiczne			
Toczeń			
Stwardnienie rozsiane, ALS			
Inne choroby autoimmunologiczne			
Migreny / inne bóle głowy			
Chronic fatigue syndrome (syndrom przewlekłego zmęczenia)			
Zaburzenia odżywiania			
Depresja			
Objawy lękowe (np. ataki paniki, anxiety)			
Fobia			
Inne dolegliwości zdrowotne			
Ciąża			

## Leki i suplementy (+ dawkowanie)

--

## Pytania o styl życia

	Nie	Tak	Szczegóły
Spożycie cukru/słodyczy (ile i jak często?)			
Spożycie produktów mlecznych			
Spożycie produktów zbożowych			
Palenie papierosów (ile i jak często?)			
Spożycie alkoholu (ile i jak często?)			
Zaburzenia snu			
Stres (ile godzin w dniu uznaje Pani/ Pan za stresujące?)			

## Wyniki badań

Cholesterol LDL (mg/dl)	
Witamina D3 25 OH (ng/ml)	

## Podpis

Swoim podpisem potwierdzam, że wszystkie informacje podane przeze mnie powyższym kwestionariuszu zdrowotnym są zgodne z prawdą i wyrażam zgodę przetwarzanie ich w celu komunikacji oraz przygotowania planu leczenia.

Data:

Podpis

Prosimy przesać wypełniony kwestionariusz mailem na adres [info@nasterska.eu](mailto:info@nasterska.eu) lub przynieść ze sobą na wizytę diagnostyczną.