



PHIẾU KHẢO SÁT SỨC KHỎE

Vui lòng điền đầy đủ thông tin cá nhân!

Họ và tên:

.....

Ngày sinh:

.....

Địa chỉ:

.....

Số điện thoại hoặc di động:

.....

Email:

.....

Nghề nghiệp (tùy chọn):

.....

Nơi làm việc (tùy chọn):

.....

Bảo hiểm y tế hoặc bảo hiểm chính:

.....

Bảo hiểm bổ sung cho nha khoa:

.....

Vui lòng trả lời đầy đủ các câu hỏi sau và cập nhật nếu có thay đổi. Điều này giúp chúng tôi đánh giá chính xác tình trạng sức khỏe của bạn và từ đó đưa ra phương pháp điều trị tốt nhất. Tất cả thông tin đều được bảo mật theo quy định về bảo mật thông tin y tế!

Bạn biết đến chúng tôi qua đâu, hoặc ai giới thiệu bạn đến?

.....

.....

Lý do bạn đến gặp nha sĩ?

Đau nhức răng cấp tính

Kiểm tra định kỳ

Vấn đề với răng giả

Chỉnh răng - Invisalign

Muốn làm implant

Nha khoa tự nhiên

Lý do khác:.....

Bạn thích phương pháp điều trị nào?

- o Điều trị tiêu chuẩn
- o Điều trị riêng tư với lịch hẹn đặc biệt
- o Điều trị bằng châm cứu
- o Điều trị bằng vật liệu sinh học

Lần cuối bạn đến nha sĩ là khi nào?

Lần cuối bạn làm sạch răng (prophylaxe) là khi nào?

Bạn sử dụng những loại dụng cụ nào để chăm sóc răng miệng?

- o Bàn chải đánh răng thủ công
- o Bàn chải đánh răng điện (Loại nào:)
- o Bàn chải kẽ răng (Bàn chải nhỏ cho kẽ răng)
- o Chỉ nha khoa
- o Loại khác (Loại nào:)

Bạn có hoặc đã từng mắc các bệnh sau đây không? (Vui lòng trả lời Có/Không và giải thích thêm) :

- Chảy máu nhiều / Thời gian cầm máu kéo dài:
.....
- AIDS hoặc HIV dương tính (Khi nào được chẩn đoán:
.....)
- Bệnh tim hoặc các vấn đề về tim:
.....
- Bệnh về tuyến giáp:
.....
- Tăng huyết áp / Hạ huyết áp (Cụ thể:
.....)
- Xạ trị hoặc hóa trị:
(Loại và thời gian:)
- Tiểu đường:
.....
- Vấn đề khớp hàm:
.....
- Viêm gan A/B/C:
.....
- Bệnh về mắt:
.....
- Viêm nha chu (Parodontitis):
.....
- Bệnh lao (Tuberculosis):
.....
- Hen suyễn:
.....
- Dị ứng:
.....

...

.....

- Các bệnh khác:

.....

.....

Thuốc bạn đang sử dụng:

.....

.....

.....

.....

Bạn có hút thuốc không?

.....

Bạn hút bao nhiêu điếu mỗi ngày?

.....

Chất kích thích khác:

.....

Bạn đánh giá nụ cười của mình thế nào? (1 là không đẹp, 10 là rất đẹp):.....

Berlin, Ngày:

Chữ ký của bệnh nhân:

Kiểm tra bởi: