

**PATSIENDI KÜSIMUSTIK**

Eesnimi:	Perekonnanimi:
Isikukood:	Telefoninumber:
E-post:	Suhtluskeel:
Visiidile pöördumise põhjus:	

**Palun valige õige vastus ning vajadusel täpsustage:**

 Kas Teid suunati visiidile? (Saatja arsti nimi) JAH  / EI 

 Kas olete hetkel terve? JAH  / EI 

 Kas Teil on esinenud ülitundlikkust (allergiat) ravimitele, metallidele, lateksile, kloorile, toiduainetele või muudele ainetele? JAH  / EI 

 Kas tarvitate regulaarselt ravimeid? (Ravimi nimi, kasutamise põhjus) JAH  / EI 

 Kas olete eelnevalt käinud ortodondi konsultatsioonil või Teile on teostatud ortodontilist ravi? JAH  / EI 

 Kas Te krigistate hambaid? JAH  / EI 

 Kas Te norskate? JAH  / EI 

 Kas Te suitsetate? (Mitu sigaretti päevas?) JAH  / EI 
**Kas põete või olete põdenud järgnevaid haigusi? Kas Teile on teostatud järgnevaid protseduure?**

Palun märkige õige vastus.	JAH	EI		JAH	EI
Traumad peapiirkonnas/hammaste trauma			Liigeste haigused		
Operatsioonid üldnarkoosis			Osteoporoos		
Kiiritus- ja/või keemiaravi			Närvipõletikud		
Liikumispuue			Psüühikahäired		
Hingamisprobleemid			Astma		
Suhkrutõbi			Epilepsia		
Südame-veresoonkonna haigused			Nakkushaigused (HIV, hepatiit)		
Kõrgenenud vererõhk			Unehäired		
Vere hüübimist mõjutavad haigused			Sagedased külmetused		
Kilpnäärme haigused			Sagedased pea- või kaelavalud		
Neeruhaigused			Toitumishäired		
Muud haigused, seisundid (sh rasedus):					

**Käesolevaga kinnitan andmete õigsust. Mõistan, ning vastutan selle eest, et valeinformatsiooni andmine võib olla ohtlik minu tervisele. Minu kohustus on informeerida kliinikut/arsti kui minu tervislikus seisundis midagi muutub.**

Kuupäev:

Patsiendi vanema/eestkostja nimi ja allkiri: