



# Cabinete Asociate AF Stomatologie „2D”

## FIȘĂ DE STARE GENERALĂ DE SĂNĂTATE

Înainte de a începe tratamentele dvs. stomatologice ne este necesară cunoașterea sănătății dvs. generale. Siguranța dvs. poate depinde de completarea corectă a acestui formular ! Toate aceste date medicale ne sunt utile pentru a vă putea oferi tratamente cu riscuri minime pentru dvs. Declar prin prezenta medicului stomatolog curant toate antecedentele mele medicale cunoscute, afecțiunile generale și locale de care sufăr, cu care sunt în tratament, medicamentele curente pe care le consum, toate consemnate în cele ce urmează. Dacă aveți neclarități, întrebați înainte de a completa **BIFAȚI CU X TOATE PĂTRATELE CORESPUNZĂTOARE SĂNĂTĂȚII PERSONALE !**

**Declarația se face pe proprie răspundere și este certificată de semnătură. Datele cuprinse în declarație sunt confidențiale.**

Cabinetul nostru este operator al datelor cu caracter personal al pacienților, înregistrat la Autoritatea Națională de Supraveghere a Prelucrării Datelor cu Caracter Personal (A.N.S.P.D.C.P.) prelucrate în scop medical și statistic. Odată cu completarea și semnarea obligatorie a celor 2 formulare prezente impuse de lege considerăm că avem consimțământul expres și neechivoc al pacienților pentru prelucrarea datelor cu caracter personal deținute. Toți pacienții înregistrați la CABINETE ASOCIATE AF STOMATOLOGIE 2D ale căror date cu caracter personal sunt deținute, își pot exercita oricând toate drepturile conferite de Legea 677/2001. (acces, modificări, etc.)

Profesia \_\_\_\_\_ Locul de muncă \_\_\_\_\_ Pensionar din data de \_\_\_\_\_

Înălțimea \_\_\_\_\_ Greutatea \_\_\_\_\_ Dizabilități înnăscute și / sau dobândite: \_\_\_\_\_

Medic de familie \_\_\_\_\_ Adresa \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Medic specialist \_\_\_\_\_

Alergii medicamentoase sau la alte substanțe: La ce ? \_\_\_\_\_ DA / NU

Sunteți în timpul unui tratament regulat / temporar cu medicamente ? \_\_\_\_\_ DA / NU

Dacă DA, pentru ce boală / afecțiune ? \_\_\_\_\_ ?

**Boli cardiace:**  
 Insuficiență cardiacă \_\_\_\_\_ DA / NU  
 Aritmii \_\_\_\_\_ DA / NU  
 Angină pectorală \_\_\_\_\_ DA / NU  
 By-pass \_\_\_\_\_ DA / NU  
 Alte boli cardiace \_\_\_\_\_

**Boli circulatorii:**  
 Tensiune mare \_\_\_\_\_ DA / NU  
 Tensiune mică \_\_\_\_\_ DA / NU  
 Situație post infarct \_\_\_\_\_ DA / NU  
 Luați medicamente circulatorii ? Ce fel \_\_\_\_\_ ? DA / NU  
 Alte boli circulatorii \_\_\_\_\_

**Boli vegetative:** Leșinuri \_\_\_\_\_ DA / NU

**Boli endocrine:**  
 Diabet \_\_\_\_\_ DA / NU  
 Glanda tiroidă \_\_\_\_\_ DA / NU  
 Alte boli endocrine \_\_\_\_\_

**Boli nervoase:** Epilepsie \_\_\_\_\_ DA / NU

**Boli sanguine:**  
 Hemofilie \_\_\_\_\_ DA / NU  
 Anemie \_\_\_\_\_ DA / NU  
 Sângerări îndelung în caz de tăiere ? \_\_\_\_\_ DA / NU  
 Faceți ușor hematoame (vânăți) ? \_\_\_\_\_ DA / NU  
 Alte boli sanguine \_\_\_\_\_

**Boli contagioase:**  
 Hepatita A / B / C / D ? \_\_\_\_\_ Când / Anul \_\_\_\_\_ ? DA / NU  
 T.B.C. \_\_\_\_\_ DA / NU  
 H.I.V. / SIDA \_\_\_\_\_ DA / NU  
 Boli cronice respiratorii \_\_\_\_\_ DA / NU

**Dependențe:**  
 Medicamente (ANTIBIOTICE) \_\_\_\_\_ DA / NU  
 Alcool \_\_\_\_\_ DA / NU  
 Tutun \_\_\_\_\_ DA / NU  
 Droguri \_\_\_\_\_ DA / NU

**Gravidă:** \_\_\_\_\_ DA / NU  
 Dacă da, în ce lună / trimestru de sarcina ? \_\_\_\_\_ ?

Ați avut vreo operație chirurgicală ? Ce fel ? \_\_\_\_\_ ? DA / NU

Vi s-au făcut transfuzii ? Când ? \_\_\_\_\_ ? DA / NU

Ați mai avut tratamente stomatologice ? (extractții, anestezii, etc. ?) \_\_\_\_\_ DA / NU

La tratamentele și / sau anesteziile stomatologice anterioare ați avut accidente sau incidente ? \_\_\_\_\_ DA / NU

- **BIFAȚI CU X CE ACCIDENTE AȚI AVUT:** leșinuri, grețuri, alergii, altele (ce fel \_\_\_\_\_)

**CERTIFIC CĂ AM CITIT ȘI ÎNȚELES PE DEPLIN CELE DE MAI SUS ȘI DECLAR CĂ DATELE FURNIZATE DE MINE ÎN ACEST FORMULAR SUNT ADEVĂRATE ȘI COMPLETE. ÎMI ASUM RESPONSABILITATEA PENTRU ORICE INCIDENTE SAU COMPLICAȚII CARE POT APĂREA ÎN EVENTUALITATEA CĂ ACESTE DATE SUNT FALSE SAU INCOMPLETE.**

**DATA**

**SEMĂTURĂ PACIENT  
(sau reprezentant legal)**