

ISTORIC MEDICAL STOMATOLOGIC - DINTE

NUME SI PRENUME CLIENT		OCUPATIA	
DATA NASTERII		LOCUL NASTERII	
TEL.	TEL MOBIL	E-MAIL	
ADRESA		ORAS	CP

	DA	NU
1. CLIENTUL SUFERA IN PREZENT DE BOLI ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. CLIENTUL A AVUT REACTII NEDORITE LA VREUN MEDICAMENT PRECUM PENICILINA, ASPIRINA SAU LA ANESTEZIE LOCALA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. CLIENTUL FACE TRATAMENT MEDICAMENTOS IN PREZENT ? Daca DA mentionati numele medicamentului.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. CLIENTUL A FOST INTERNAT IN TRECUT ? Daca DA mentionati data si motivul internarii DATA: MOTIVUL:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. DATA EFECTUARII ULTIMELOR ANALIZE ALE CLIENTULUI:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. MENTIONATI DATELE MEDICULUI DE FAMILIE SAU A PEDIATRULUI NUME: PRENUME: TEL:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. CLIENTUL MERGE LA STOMATOLOG PENTRU PRIMA DATA ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. CLIENTUL ARE DINTI CARIATI ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. DE UNDE ATI FOST INFORMATI DE SERVICIILE NOASTRE ? a) MEDIC STOMATOLOG <input type="checkbox"/> b) PEDIATRU <input type="checkbox"/> c) DIN ALTA PARTE <input type="checkbox"/>		

DACA DINTELE CARE URMEAZA A FI RECOLTAT ARE CARIE, A SUFERIT RADIOGRAFII SI TRATAMENTE (SCOATERE NERV), ESTE PLOMBAT SAU ARE CULOAREA GRI DIN MOTIVE DE LOVIRE (ACCIDENT) ATUNCI DINTELE NU ESTE APT DE RECOLTARE .

- VA RUGAM SA FIE COMPLETAT DE CATRE CLIENT/PARINTII COPILULUI SI SA FIE PASTRAT IN PLIC.
- VA ROG SA AVETI IN VEDERE CA INFORMATIILE DE MAI SUS SINT STRICT SECRETE
- DECLAR CA AM RASPUNS CU EXACTITATE LA INTREBARILE DE MAI SUS

SEMNATURA CLIENT / PARINTE

Data: _____