

☐ גב' ☐ מר
 שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
 רחוב ומס' בית: _____ מיקוד ועיר מגורים: _____
 תאריך לידה (DD.MM.YYYY): _____ דואר אלקטרוני: _____
 טלפון (בית): _____ עבודה: _____ נייד: _____
 מספר ת.ז. / דרכון: _____ אזרחות: _____
 מקצוע: _____ מקום עבודה: _____
 קופת חולים: ☐ כללית ☐ מכבי ☐ מאוחדת ☐ לאומית ☐ אחר
☐ ביטוח שיניים פרטי ☐ ביטוח שיניים משלים (קופ"ח) ☐ ביטוח תאונות ☐ אחר
 שם משפחה ושם פרטי של הורה או אפוטרופוס חוקי (עבור קטינים): _____
 תאריך לידה: _____
 הופנה/תה על ידי: _____
 רופא/ת המשפחה שלך: _____

נא לענות על השאלות הבאות. כל התשובות יישמרו בסודיות מוחלטת.

- האם קיבלת לאחרונה טיפול רפואי או אושפזת?
☐ לא ☐ כן
 אם כן, מאיזו סיבה?

- האם את/ה נוטל/ת כעת תרופות?
☐ לא ☐ כן
 אם כן, אילו תרופות?

- האם את/ה סובל/ת מאחת המחלות או ההפרעות הבאות?

☐ מחלת לב או מחלה קרדיווסקולרית	☐ לחץ דם גבוה	☐ שבץ מוחי (CVA)
☐ מחלות נשימה	☐ גלאוקומה	☐ מחלת כליות
☐ קדחת שגרונת	☐ סוכרת	☐ אפילפסיה
☐ אוסטאופורוזיס	☐ אחר:	
- האם עברת אי פעם זיהום חמור?
☐ דלקת כבד (הפטיטיס) ☐ שחפת ☐ HIV
☐ לא ☐ כן
- האם יש לך אלרגיות?
☐ לא ☐ כן
 אם כן, לאילו?

- האם את/ה סובל/ת מדימום ממושך לאחר עקירת שן או פציעה?
☐ לא ☐ כן
- האם את/ה נוטל/ת תרופות לדילול דם (נוגדי קרישה / נוגדי טסיות)?
☐ לא ☐ כן
- האם את/ה נושא/ת כרטיס התראה רפואי?
☐ לא ☐ כן
- האם עברת החלפת מפרק (תותבת מפרק)?
☐ לא ☐ כן
- האם סבלת או הנך סובל/ת ממחלה שאינה מופיעה ברשימה לעיל?
☐ לא ☐ כן
 אם כן, איזו?

- האם אי פעם אירע לך מצב חירום רפואי במהלך טיפול שיניים?
☐ לא ☐ כן

כן ☐ לא ☐

12. האם עישנת יותר מ-200 סיגריות במהלך חיך?
(אם לא - דלג/י לשאלה מספר 20)

13. באיזה גיל התחלת לעשן?

כן ☐ לא ☐

14. האם את/ה מעשן/ת סיגריות כיום?

(אם כן - המשך/י לשאלה מספר 16)

15. באיזו שנה הפסקת לעשן?

16. בערך כמה סיגריות את/ה מעשן/ת ביום?

17. האם את/ה משתמש/ת או השתמשת באופן קבוע במוצרי טבק אחרים?

סיגר ☐ מקטרת ☐ נרגילה ☐ סיגריה אלקטרונית / מחממת טבק ☐
טבק ללעיסה ☐ אחר: ☐

כן ☐ לא ☐

18. האם ניסית אי פעם להפסיק לעשן?

כן ☐ לא ☐

19. האם את/ה שוקל/ת כיום להפסיק לעשן?

כן ☐ לא ☐

20. האם את/ה שותה אלכוהול באופן קבוע?

כן ☐ לא ☐

21. האם את/ה משתמש/ת בחומרים אחרים?

כן ☐ לא ☐

22. למטופלות: האם את בהריון?

שם/כתובת הרופא/ה הגינקולוג/ית:

נא לעדכן את רופא/ת השיניים על כל שינוי במצבך הרפואי.

כן ☐ לא ☐

23. אני מסכים/ה שהמרפאה תשתמש במידע הרפואי שלי לצורכי מחקר.

כן ☐ לא ☐

24. אני מעוניין/ת להשתתף במחקרים קליניים שמתבצעים במרפאה.

אני מתיר/ה להעביר את המידע הדרוש לצורכי חיוב (על פי דרישה) לחברת ביטוח, לסוכנות גבייה או לגורם משפטי, וכן לרשויות המדינה.

ידוע לי כי בהתאם להוראות הדין, כל ייעוץ, חוות דעת שנייה, הערכה אבחנתית, בדיקה וטיפול יחויבו בתשלום. הדבר חל גם על כל עלות הכרוכה בשימוש בעמדת הטיפול, בחומרים מתכלים, בצילומי רנטגן, בעבודות מעבדת שיניים וכדומה.

במקרה שבמהלך טיפול או טיפול במכשירים ייחשף/תיחשף איש/אשת צוות לדם שלי (דקירה, חתך או התזה), ידוע לי כי עליי לאפשר נטילת דם ובדיקתו למחלות זיהומיות (הפטיטיס, HIV וכו').

רופא/ת המשפחה שלי מורשה/ית לעיין ברשומות הרפואיות שלי.

תאריך: _____ חתימת המטופל/ת: _____ חתימת הרופא/ה: _____

17-14	13-23	24-27
47-44	43-33	34-37

למילוי על ידי צוות המרפאה:

☐ מרפאת סטודנטים ☐ רופא/ה בהתמחות ☐ מרפאה פרטית ☐ הפניה פנימית למחלקה: