



Dr. H. Müller & F. Mamede
www.muellermamede.de

Questionário de Anamnese

Gostaríamos de pedir-lhe que responda às seguintes perguntas com atenção. Queremos alcançar doenças são reconhecidos desde o início e que nossas medidas de tratamento e medicamentos podem ser adaptados ao seu estado de saúde. Claro que tratamos todas as suas informações de forma confidencial!

Sobrenome, Primeiro nome: _____ nascido em: _____

Morada: _____

Segurado:

Sobrenome, Primeiro nome: _____ nascido em: _____

Morada: _____

Tel. Privado: _____ Tel. comercial _____ número de celular: _____

Email: _____

Plano de saúde: _____ Você tem seguro adicional? sim não

Quando foi sua última visita ao dentista? _____

Seus dentes / mandíbulas foram radiografados nos últimos 2 anos? sim não

Como você ficou sabendo sobre a nossa clínica? _____

Você tem alguma alergia conhecida? (por exemplo, contra penicilina, aspirina, analgésicos, ...) sim não
Se sim, qual?

Você tem um passe para alergia? sim não

Você sofre ou já sofreu de doenças cardíacas? Arritmia cardíaca? sim não

Asma cardíaca? Angina pectoris? Insuficiência cardíaca (insuficiência)? sim não

Você tem marcapasso? sim não

Você está tomando algum medicamento anticoagulante? sim não

Você tem pressão alta / baixa? sim não

Se você tem uma doença gastrointestinal? sim não

Você ocasionalmente tem desmaios? sim não

Você tem uma tendência aumentada para sangrar? (Anemia)? sim não

Você tem doença da tireóide? Doença hepática? Doença renal? sim não

Você tem diabetes? (Açúcar no sangue)? sim não

Se sim, você precisa de insulina? sim não

Você tem uma doença nervosa? Doença infecciosa (por exemplo, hepatite A / B, HIV, ..)? sim não

Asma? Epilepsia (distúrbios convulsivos)? sim não

Você já recebeu bifosfonatos? sim não

Outras doenças: _____

Se uma das perguntas acima foi respondida com "Sim", forneça seu nome e endereço

Seu médico de família para:

Você está tomando algum medicamento? sim não

Se sim, qual? _____

Você tem dor na região da cabeça ou do pescoço? sim não

Se sim onde? _____

Você tem dores de cabeça ou enxaquecas frequentes? sim não

Você tem dor nos dentes ou gengivas? sim não

Um exame radiográfico(uma ou mais imagens de raios-X) é muitas vezes necessário para um diagnóstico completo:

Você gostaria de um exame de raio-X caso necessário? sim não

Você está grávida? Em caso afirmativo, em que mês? _____ sim não

Você autoriza o encaminhamento dos exames radiográficos para outro Médico do dentista, caso necessário? sim não

Você tem medo dos tratamentos dentários? sim não

Oferecemos em nossa prática para apoiar um tratamento relaxado a possibilidade de sedação com óxido nitroso.

Entre em contato com nossa equipe para mais informações.

Obrigado por sua informação.

Taxa de cancelamento

Gostaríamos de lhe pedir que guarde os horários que foram especialmente combinados para si. No entanto, caso não possa comparecer, é imprescindível que nos informe o cancelamento pelo menos 24 horas antes da consulta marcada. Teremos o maior prazer em marcar um nova consulta para com você. Se não recebermos o seu cancelamento no devido tempo, podemos chamar a sua atenção para o facto de lhe cobrarmos uma quantia de 50 euros por hora de tratamento perdida a título de compensação fixa.

Estou ciente dos custos acima e concordo com eles com a minha assinatura.

Munique, _____
(encontro)

(assinatura)