



ברוכים הבאים למרפאת קיורר & גקסון
תעזור לנו להכיר אותך יותר טוב!

שם פרטי:		שם משפחה:	
כתובת בבית:		# בית:	
מצב משפחתי: רווקה נשואה גרושה אלמנה		# עבודה:	
ת.ז.:		# פלאפון:	
תאריך לידה:		# לחירום:	
דואר אלקטרוני:			
האם הגעת למרפאה בהמלצת חבר/בן משפחה? למי להודות?			
היסטוריה רפואית			
האם קיימות אלרגיות לפניצילין או אחר?			
האם את/אתה נוטל תרופות באופן קבוע:			
האם לקחתם ביספוספונטים (תרופות לאיבוד מסת עצם או במהלך כימותרפיה): בעבר/היום			
כ / ל		כ / ל	
בעיות לב: מעקפים \ אוושה \ אחר		מחלת כליות	
כ / ל		כ / ל	
אנמיה		אסטמה	
כ / ל		כ / ל	
לחץ דם גבוה \ נמוך		דלקת פרקים	
כ / ל		כ / ל	
קרישת דם		מחלות נפשיות	
כ / ל		כ / ל	
סכרת		צהבת	
כ / ל		כ / ל	
אחר:		האם אתה מעשן	
כ / ל		כ / ל	
לנשים ♀			
האם את בהריון?		באיזה חודש?	
האם את לוקחת הורמונים/גלולות?			
בריאות הפה 😊			
מתי הייתה הבדיקה האחרונה שלך אצל רופא שיניים?			
באיזה עזרים הנך משתמשת כדי לנקות את השיניים?			
האם את/אתה סובל מ			
כ / ל		כ / ל	
רפלקס הקאה		עברתם ניתוח דנטלי	
כ / ל		כ / ל	
חריקת שיניים		ריח רע בפה	
מהי מטרת ביקורך אצלנו?			
האם עברת טיפול חניכיים או יישור שיניים?			
האם היית רוצה שיניים לבנות יותר?			
מחוסן קורונה כן/לא מחלים קורונה כן/לא			

תאריך _____ חתימה _____