

WYWIAD STOMATOLOGICZNY

Анкета стоматологічна

WYWIAD OGÓLNY

- 1) Czy czuje się Pan/i ogólnie zdrowy? Чи відчуваєте Ви себе загально здоровим
TAK/NIE
- 2) Czy miał Pan/i wykonywane znieczulenia u stomatologa? Чи мали ви коли-небудь анестезію в стоматолога TAK/NIE
- 3) Czy w ciągu ostatnich 2 lat leczył(a) się Pan(i) w szpitalu? Чи протягом останніх двох років ви лікувались в лікарні ? TAK/NIE
Jeśli tak to z jakiego powodu:
- 4) Czy aktualnie się Pani na coś leczy? Чи зараз Ви на щось лікуєтесь TAK/NIE
Jeśli tak to na co: Якщо так то на що
- 5) Czy przyjmuje Pan(i) jakieś leki? (zwłaszcza aspirynę/leki przeciwkrzepliwe) Чи приймаєте Ви якісь ліки (Особливо аспірин або ліки антитромбозні(для розрідження крові)
- 6) Czy jest Pan(i) na coś uczulony(a)? Чи маєте Ви алергію на щось?
Jeśli tak to na co: Якщо так то на що ?
- 7) Czy występują u Pan(i) Чи маєте Ви ?
 - a. Dusznosc Задихку tak/nie
 - b. Pokrzywka Висипку tak/nie
 - c. Obrzęki Набряки tak/nie
 - d. Swędzenie Свербіж tak/nie
- 8) Czy ma pani skłonność do krwawień? Схильність до крововиливів Tak/nie
- 9) Czy miał Pan(i) epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? Чи втрачаєте чи свідомість або почуваетесь погано Tak/nie
- 10) Czy posiada Pan(i) rozrusznik serca? Чи маєте Ви кардіостимулятор Tak/nie
- 11) Czy choruje bądź chorował(a) Pan(i) na którąś z następujących chorób?
Чи хворієте Ви або хворіли на якусь з наступних хвороб ?
 - a. Choroby serca (zawał mięśnia sercowego, choroba wieńcowa, wada serca, zaburzenia rytmu serca, zapalenie mięśnia sercowego)
Хвороби серця (інфаркт, ішемічна хвороба серця , вада серця , порушення ритму серця, міокардит) TAK/NIE
 - b. Inna choroby układu krążenia (nadciśnienie, niskie ciśnienie, omdlenia, duszności) Інші хвороби кровоносної системи (підвищений тиск , низький тиск, непритомність, задихка) TAK/NIE
 - c. Choroby naczyń krwionośnych (żylaki, zapalenie żył, złe ukrwienie kończyn, bóle podczas chodzenia) Хвороби судин (варикоз, тромбофлебіт, погане надходження крові до нижніх кінцівок, біль під час ходьби) TAK/NIE

Autor: Dominika Antoniszczak Tłumaczenie: Zinaida Hanuzek

Opracowany na podstawie formularza Kois Center, LLC 2015.

- d. Choroby płuc (rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli)Хвороби легень (е фізика легень,запалення легень,туберкульоз,астма,хронічний бронхіт ТАК/НІЕ
- e. Choroby układu pokarmowego (choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, choroby jelit) Хвороби шлунково-кишкового тракту (Виразка шлунка,дванадцятипалої кишки,хвороби кишківникаТАК/НІЕ
- f. Choroby wątroby (kamica, żółtaczką, marskość wątroby)Хвороби печінки(жовчні камені ,жовтяниця,цироз печінки) ТАК/НІЕ
- g. Choroby układu moczowego (zapalenie nerek, kamica nerkowa, trudności w oddawaniu moczu) Хвороби сечової системи(запалення нирок ,ниркова коліка,важкість в сечовипусканні)ТАК/НІЕ
- h. Zaburzenia przemiany materii (cukrzyca: jaki typ?, dna moczanowa)Порушення обміну речовин (цукровий діабет,якій тип, подагра) ТАК/НІЕ
- i. Choroby tarczycy (nadczynność, niedoczynność, wole obojętne)Захворювання щитоподібної залози (гіпертериоз,гіпотериоз,зоб)ТАК/НІЕ
- j. Choroby układu nerwowego (padaczka, niedowład, utraty przytomności, porażenia, zaburzenia czucia, miastenia)Захворювання нервової системи(епілепсія,слабкість,втрати притомності,паралічі,сенсорні порушення ,міастенія) ТАК/НІЕ
- k. Choroby układu kostno-stawowego (ból korzonkowy, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów, stany po złamaniach) Захворювання опорно-рухового апарату (радикуліт,сколіоз, хвороби ставів,стани по переломах)ТАК/НІЕ
- l. Choroby krwi i układu krzepnięcia (hemofilia, anemia, skłonność do wylewów krwawych, krwawień z nosa, przedłużone krwawienie po usunięciu zęba) Захворювання кровоносної системи(гемофілія,анемія,схильність до мікро синців,часті крововиливи з носа ,довготривала кровотеча після екстракції зуба ТАК/НІЕ
- m. Choroby oczu (jaskra) Хвороби очей (глаукома) ТАК/НІЕ
- n. Zmiany nastroju (depresja/nerwica) Зміни настрою(депресія,невроз)ТАК/НІЕ
- o. Choroby zakaźne Інфекційні хвороби
 - żółtaczką zakaźną A Гепатит А (хвороба Боткіна) tak/nie
 - żółtaczką zakaźną B Гепатит В tak/nie
 - żółtaczką zakaźną C Гепатит С (цироз печінки) tak/nie
 - AIDS СНІД tak/nie
 - gruźlica Туберкульоз tak/nie

12) Choroba reumatyczna Ревматична хвороба ТАК/НІЕ

13) Osteoporoza Остеопороз ТАК/НІЕ

Autor: Dominika Antoniszczak Tłumaczenie: Zinaida Hanuzek

Opracowany na podstawie formularza Kois Center, LLC 2015.

- 14) Inne dolegliwości/jakie? Інші симптоми ,які ?
- 15) Czy był Pan(i) kiedyś operowany? Чи були Ви колись оперовані ?ТАК/НІЕ
Jeśli tak, to na co Якщо так ,то що за операція?
- 16) Czy dobrze zniósł Pan(i) znieczulenie?Чи добре яви перенесли наркоз ?
ТАК/НІЕ
- 17) Czy pali Pan(i) tytoń?Чи яви палите? Jeśli tak, to ile i od kiedy Якщо так то скільки і відколи ?
- 18) Czy pije Pan(i) alkohol?Чи зловживаєте Ви алкоголем ? ТАК/НІЕ
- 19) Czy zażywa Pan(i) środki uspokajające, nasenne, narkotyki? Jeśli tak to jakie? Чи приймали Ви заспокійливі,снودійні,наркотики ? Якщо так,то які ?
- 20) Kiedy miała Pani ostatnią miesiączkę? Коли ви мали останню менструацію ?

WYWIAD SZCZEGÓŁOWY

- 21) Jak często odwiedza Pan(i) dentystę? Як часто яви відвідуєте стоматолога?Co § ile miesięcy? Протягом скількох місяців?
- 22) Czy odczuwa Pan(i) strach przed leczeniem stomatologicznym? Чи відчуваєте Ви страх перед лікуванням у стоматолога?
- 23) Czy miał Pan(i) nieprzyjemne doświadczenia związane z leczeniem stomatologicznym? Чи мали Ви неприємний досвід пов'язаний зі стоматологічним лікуванням ?
- 24) Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pan(i) problemy ze znieczuleniem stomatologicznym? Чи коли-небудь Ви мали проблеми пов'язані з анестезією стоматологічною
- 25) Czy kiedykolwiek nosił(a) Pan(i) aparat ortodontyczny, przechodził leczenie ortodontyczne? Чи коли-небудь Ви носили брекет систему ,проходили ортодотичне лікування ?
- 26) Czy miał(a) Pan(i) kiedykolwiek usunięty ząb? Чи мали Ви колись видалення зубів ?
- 27) Czy podczas mycia zębów krwawią Panu/Pani dziąsła?Підчас чищення зубів чи кровоточать в Вас ясна ?
- 28) Czy kiedykolwiek zauważył Pan(i) u siebie przykry zapach z ust?Чи коли-небудь зауважували у себе неприємний запах в ротовій порожнині ?
- 29) Czy w Pana/Pani rodzinie są osoby z chorobą przyzębia?Чи в родині є особи які мають захворювання пародонту ?
- 30) Czy kiedykolwiek wystąpiły u Pana/Pani recesje dziąseł? Чи коли-небудь у Вас опускались ясна ,так звана рецесія ?
- 31) Czy doświadczył Pan(i) uczucia pieczenia w jamie ustnej? Чи відчували Ви печіння ротової порожнини ?

Autor: Dominika Antoniszczak Tłumaczenie: Zinaida Hanuzek

Opracowany na podstawie formularza Kois Center, LLC 2015.

- 32) Czy wydaje się Panu/Pani, że ma za mało śliny w jamie ustnej lub doświadcza trudności podczas przełykania pokarmu? Чи не здається Вам ,що ви маєте замало слини в ротовій порожнині ,що дає відчуття тяжкості в ковтанню їжі ?
- 33) Czy czuje Pan/Pani dziury (zagłębienia, otwory) na powierzchniach gryzących zęba? Чи відчуваєте Ви дірки(заглиблення,отвори) на поверхні зубів ?
- 34) Czy często jedzenie dostaje się Panu/Pani pomiędzy zęby? Чи часто їжа потрапляє Вам поміж зубів ?
- 35) Czy ma Pan/Pani problemy ze stawami skroniowo-żuchwowymi podczas jedzenia? (ból/dźwięk/podczas ruchu, ograniczony zakres otwarcia, blokada, trzask) Чи маєте Ви проблеми з скронещелепним сугробом (біль,звук підчас руху щелепи,,обмежений діапазон відкриття,блокада ,тріскіт)
- 36) Czy w ciągu dnia zaciska Pan(i) zęby lub robi coś, co powoduje ich ból?Чи протягом дня є щось таке що Ви робите і це викликає зубний біль ?
- 37) Czy ma Pan/Pani problemy ze snem (np. niepokój) budzi się z bólem głowy lub szczególnym odczuciem, jeśli chodzi o zęby?Чи маєте Ви проблеми зі сном ,будитесь від головної болі,або болем зубів ?
- 38) Jaki jest powód dzisiejszej wizyty? Якій Ви маєте привіт сьогоднішнього візиту ?

Niniejszym oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą. Свідчу про те що вище подані дані є правдиві

Imię i Nazwisko [Podpis]

Ім'я Прізвище (Підпис)