



DENTISTREE DENTAL CLINIC

1400

رقم الملف :

اسم : حمد عبد الرحمن أحمد عبد الرحمن يوسف	البريد الإلكتروني : abdulrahman.yoonis1@hotmail.com	رقم الهاتف : 050-7766233
الجنس : ♂ أنثى ○ ذكر	تاريخ الميلاد : 02-12-2007	كيف سمعت عنا؟ عن طريق : ♂ الأصدقاء أو العائلة ○ الإنترنت ○ الجريدة ○ أخرى ○

التاريخ الطبي

يمكن أن تؤثر بعض الحالات الطبية على علاج الأسنان والعكس صحيح.

يرجى اكمل هذا النموذج من خلال الإجابة على الأسئلة.

سبب الزيارة أو الشكوى الرئيسية : تقويم الأسنان

أخرى، يرجى التحديد	لا	نعم
جميع التفاصيل ستكون سرية للغاية.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل أنت تحت أي رعاية طبية الآن؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل تتناول أي أدوية أو حبوب؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل سبق لك أن دخلت المستشفى أو أجريت لك عملية جراحية كبيرة؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل عانيت من أي مضاعفات بعد علاج الأسنان؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
هل أنت مدخن؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

هل لديك أو كان لديك أي مما يلي :

<input type="checkbox"/> ضغط دم مرتفع	<input type="checkbox"/> ضغط دم منخفض	<input type="checkbox"/> الحمى الروماتيزمية	<input type="checkbox"/> الإغماء / النوبات
<input type="checkbox"/> الربو	<input type="checkbox"/> نوبة قلبية	<input type="checkbox"/> الصرع	<input type="checkbox"/> سرطان الدم
<input type="checkbox"/> مرض قلبي	<input type="checkbox"/> مرض كلوي	<input type="checkbox"/> مرض كبد	<input type="checkbox"/> أمراض الرئة
<input type="checkbox"/> مشاكل الغدة الدرقية	<input type="checkbox"/> السكري	<input type="checkbox"/> السل	<input type="checkbox"/> التهاب الكبد / البرقان
<input type="checkbox"/> سكتة دماغية	<input type="checkbox"/> التهاب المفاصل	<input type="checkbox"/> السرطان	<input type="checkbox"/> مرض نقص المناعة (إيدز)
<input type="checkbox"/> مرض كروتزفيلد جاكوب	<input type="checkbox"/> أخرى، يرجى التحديد :		

أخرى، يرجى التحديد	لا	نعم
هل لديك حساسية، أو هل حدث لك أي رد فعل عكسي لأي مما يلي :	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
التخدير الموضعي (نوفوكاين)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
البنسلين أو المضادات الحيوية	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
الأسبرين أو الأيبوبروفين (البنادول)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
حساسية أو رد فعل عكسي من المعادن	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
المنتجات المطاطية مثل القفازات أو الحواجز المطاطية	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
المنتجات الغذائية	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

أسئلة إضافية للنساء.

هل أنتي حامل أو تحاولين الحمل؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
إذا كانت الإجابة بنعم، فما هو تاريخ الإنجاب المتوقع :		
هل تتناولين موانع الحمل عن طريق الفم؟	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

يرجى تحديد الرقم الذي يعبر عن شدة الألم الحالية على أفضل نحو



على حد علمي، فإن جميع الإجابات والمعلومات السابقة صحيحة. إذا حدث أي تغيير في صحتي، فسوف أبلغ الطبيب في الموعد التالي دون تردد.

02/01/2024

التاريخ

توقيع المريض أو ولي الأمر أو الوصي