



الاستمارة الصحية

التاريخ	الاسم	
المهنة\المدرسة\العمل\المكان	تاريخ الولادة والرقم الوطني	
العنوان		
الهاتف الشخصي	هاتف العمل	الهاتف النقال
البريد الإلكتروني:		
ولي الأمر:		

معلومات عامة	
<input type="checkbox"/> أمراض القلب والأوعية الدموية	<input type="checkbox"/> ضعف الرؤية
<input type="checkbox"/> ارتفاع ضغط الدم	<input type="checkbox"/> ضعف السمع
<input type="checkbox"/> السكري	<input type="checkbox"/> ضعف القدرة على الكلام
<input type="checkbox"/> الصرع	<input type="checkbox"/> ضعف الحركة
<input type="checkbox"/> أمراض المناعة	<input type="checkbox"/> الحساسية \ فرط التحسس
<input type="checkbox"/> التهاب الكبد الفيروسي	<input type="checkbox"/> البنسلين
<input type="checkbox"/> الحمى الروماتيزمية	<input type="checkbox"/> التخدير الموضعي
<input type="checkbox"/> مشاكل الجيوب الأنفية	<input type="checkbox"/> لقاح الطلع
<input type="checkbox"/> مشاكل نفسية	<input type="checkbox"/> الأطعمة
<input type="checkbox"/> علاج بالأشعة في منطقة الرأس أو الرقبة	<input type="checkbox"/> النيكل
<input type="checkbox"/> الحماية نظام غذائي	<input type="checkbox"/> الاتكس
<input type="checkbox"/> مضاعفات ناتجة عن معالجة الأسنان	<input type="checkbox"/> أخرى
<input type="checkbox"/> التدخين	الفم \ الأسنان
<input type="checkbox"/> الربو	<input type="checkbox"/> نزف اللثة
<input type="checkbox"/> أمراض الدم	<input type="checkbox"/> رائحة كريهة في الفم
<input type="checkbox"/> اضطرابات الأكل	<input type="checkbox"/> تقرحات في الفم غالبا
<input type="checkbox"/> الايدز	<input type="checkbox"/> جفاف الفم
<input type="checkbox"/> أمراض الرئة	<input type="checkbox"/> احتكاك\اطحن الأسنان
<input type="checkbox"/> نزيف الدماغ	<input type="checkbox"/> ضعف عضلات المضغ
<input type="checkbox"/> مرض باركنسون	<input type="checkbox"/> مص الإصبع
<input type="checkbox"/> سرطان	<input type="checkbox"/> التنفس الفموي
<input type="checkbox"/> مرض روماتزمي	<input type="checkbox"/> أمور أخرى
<input type="checkbox"/> أمراض أخرى	<input type="checkbox"/> لا توجد أية ملاحظات
<input type="checkbox"/> يرجى الانتباه إلى الاستمارة الصحية	

تقييم صحة المريض بشكل عام	النساء الحوامل. أشهر الحمل\الولادة	آخر معالجة للأسنان
<input type="checkbox"/> جيدة God	<input type="checkbox"/> متوسطة Middels	<input type="checkbox"/> سيئة Dårlig

ما سبب مراجعة المريض؟

أمور أخرى \ المزيد من التفاصيل