

# Kwestionariusz zdrowotny

Pytania ogólne	
Imię i Nazwisko	
Data urodzenia	
Miasto i kraj zamieszkania	
Numer telefonu	
Adres email	
Zawód	
Jak Pani/Pan do nas trafiła/trafił?	<input type="checkbox"/> Polecenie <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Inne: _____

Pytania związane ze zdrowiem	
Co jest powodem Pani/Pana wizyty (główna dolegliwość)?	
Jakie są Pani/Pana oczekiwania (np. poprawa ogólnego stanu zdrowia, usprawnienie funkcji żucia, zmiana wyglądu)?	
Ostre dolegliwości dentystyczne: Jakie i od kiedy?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Leczenie dentystyczne w przeciągu ostatnich 3 lat: Jakie?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy cierpi Pani/Pan na jakąś przewlekłą chorobę? Jeśli tak, to na jaką i kiedy była ona zdiagnozowana?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy zażywa Pani/Pan jakieś leki? Jakie?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy cierpiała Pani/ cierpiał Pan z powodu szoku psychicznego/ emocjonalnego w przeciągu ostatnich 3 lat?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

### Pytania związane ze zdrowiem cd.

Dla kobiet: Czy jest Pani w ciąży? Jeśli tak, to w którym miesiącu?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
--	--	--

### Pytania związane z dietą

Czy spożywa Pani/Pan cukier i napoje słodzone? Jeśli tak, to jakie, jak często/ w jakich ilościach?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Czy spożywa Pani/Pan produkty mleczne? Jeśli tak to jakie, jak często/ w jakich ilościach?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Czy spożywa Pani/Pan chleb i inne produkty zbożowe? Jeśli tak to jakie, jak często/ w jakich ilościach?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	

### Pytania związane ze stylem życia

Czy pali Pani/Pan papierosy? Jeśli tak to jak często?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Średnio, ile godzin dziennie spędza Pani/Pan używając mediów cyfrowych (telewizor, komputer, smartfon, tablet itp.)?		
Czy uprawia Pani/Pan sport? Jeśli tak to jaki i jak często?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Średnio, ile godzin śpi Pani/Pan dziennie?		
Ile godzin w dniu uznaje Pani/Pan za stresujące?		

### Wyniki badań

Cholesterol LDL (mg/dl)	
Witamina D3 25 OH (ng/ml)	

### Podpis

Swoim podpisem potwierdzam, że wszystkie informacje podane przeze mnie powyższym kwestionariuszu zdrowotnym są zgodne z prawdą i wyrażam zgodę na przetwarzanie ich w celu komunikacji oraz przygotowania planu leczenia.	Data i podpis
---	---------------