



Kartelë pacienti: Stomatologji

Formular bosh për t'u plotësuar me dorë.

Klinika

Mjeku

Data

____ / ____ / ____
dd/mm/vvvv

Të dhënat bazë

Emri

Mbiemri

Data e lindjes

____ / ____ / ____
dd/mm/vvvv

Vendlindja

Kombësia

Profesioni

Numri i telefonit

Email

Adresa

Gjinia

☐ Femër ☐ Mashkull ☐ Jobinar ☐ Preferoj të mos përgjigjem

1. Anamneza Mjekësore

A keni alergji (medikamente, latex, anestezi)?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

A vuani nga sëmundje zemre apo tensioni?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

A vuani nga diabeti apo sëmundje endokrine?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

A jeni bartës i Hepatitit (B, C) apo HIV?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

A konsumoni duhan / cigare elektronike?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

A keni probleme me gjakderdhjen / mpiksjen?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

A merrni medikamente me receta aktualisht?

☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni:

Shtatzënë / Ushqeni me gji?

☐ Po☐ Jo

Nëse po, specifikoni: _____

Sëmundje / medikamente të tjera

2. Anamneza Dentare

Arsyeja kryesore e vizitës sot

Vizita e fundit te dentisti

Dhimbje, ndjeshmëri apo gjakderdhje mishrash?

Frikë apo anksozitet nga trajtimet dentare?

3. Odontograma

Diagrama e dhëmbëve

Djathtas								Majtas							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Shënoni gjetjet në kutinë e dhëmbit përkatës.

4. Dokumentimi Fotografik

Foto para trajtimit

Vendi për foton ose skicën

Data e fotos para

____ / ____ / ____
dd/mm/vvvv

Foto pas trajtimit

Vendi për foton ose skicën

Data e fotos pas

____ / ____ / ____
dd/mm/vvvv

5. Ekzaminimi Radiografik

A keni bërë ose sjellë radiografi? ☐ Po ☐ Jo

Nëse po, specifikoni: _____

Data e radiografisë

____ / ____ / ____
dd/mm/vvvv

Tipi i radiografisë

☐ Periapikale ☐ Panoramike ☐ CBCT ☐ Bitewing

6. Deklarata e Pëlqimit

Pëlqimi i informuar

- Jam informuar në mënyrë të kuptueshme për diagnozën time, qëllimin e trajtimit të propozuar, procedurat që mund të kryhen, alternativat e arsyeshme, përfitimet e pritshme, kufizimet dhe rreziqet e mundshme.
- Jam informuar se rezultati i trajtimit nuk mund të garantohet në mënyrë absolute dhe se mund të nevojiten procedura, kontrole ose trajtime shtesë në varësi të situatës klinike.
- Kam pasur mundësinë të bëj pyetje dhe deklaroj se përgjigjet e marra kanë qenë të mjaftueshme për vendimarrjen time.
- Autorizoj dentistin dhe stafin klinik të kryejnë trajtimin e rënë dakord dhe procedurat ndihmëse që janë klinisht të nevojshme, brenda kufijve të planit të diskutuar me mua.
- Jam informuar se kam të drejtë ta refuzoj trajtimin ose ta tërheq këtë pëlqim në çdo kohë. Tërheqja nuk prek procedurat e kryera përpara saj.

Nënshkrimi i Pacientit ose Përfaqësuesit Ligjor

Data e Nënshkrimit:

Nënshkrimi i Mjekut

Data e Nënshkrimit:

7. Regjistri i Trajtimeve

Trajtimet e kryera

Nr. Dhëmbit	Diagnoza	Trajtimi & shënime	Data

Nënshkrimi

Data

____ / ____ / ____
dd/mm/vvvv