



DR. DORIAN HATCHUEL

PERIODONTIST B.D.S., M.Dent. (South Africa), M.R.C.D. (Canada), 589 מ.ר.ג.מ. (Israel) פריודונט

ד"ר. דוריאן חטואל

I.D.#	מס'ת.י.	First Name	שם פרטי	Surname	שם משפחה
Dental Insurance	שם ביטוח שיניים	Age	גיל	Date of Birth	תאריך לידה
Policy	מספר פוליטה No.	Work Phone	טל עבודה	Mobile Ph.	נייד
Referred By	הרפנה ע"י	code	מקוד	City	עיר
Dentist Name	שם רופא שיניים	e-mail			אי-מייל
	טל' רופא שיניים	Phone	טל' רופא משפחה:	Family Doctor	רופא משפחה
		Family Doctor			

MEDICAL QUESTIONNAIRE	yes/כן	no/לא	שאלון רפואי
1. Are you in good health?	[]	[]	1. האם מצב בריאותך טוב?
2. Are you at present under the care of a doctor?	[]	[]	2. האם אתה מטופל כעת ע"י רופא?
3. Are you at present taking any medication?	[]	[]	3. האם אתה מטופל כעת תרופתית?
4. Do you have or have you had any of the following?: PLEASE CIRCLE Diabetes Epilepsy Wound healing Problems Bleeding problems Do you take Cartia or Aspirin Heart problems High blood pressure Low blood pressure Kidney/Bladder problems Lung problems Stroke Liver problems Nothing Woman Only: I am / may be pregnant Other			4. האם אתה טובל או סבלת מאחת מהמחלות?: נא להקיף סוכרת אפילפסיה בעיות בריפוי פצעים בעית דימום האם אתה לוקח קרטיה או אספירין מחלת לב לחץ דם גבוה לחץ דם נמוך בעיות כליות בעיות ריאה שבץ מוחי בעיות כבד אין ממצאים לנשים בלבד: אני/ייתכן בהריון אחר
5. HAVE YOU HAD RHEUMATIC FEVER?	[]	[]	5. האם סבלת מקדחת-שיגרון?
6. Are you ALLERGIC to any medicines?	[]	[]	6. האם יש לך רגישות לתרופות?
7. Have you had a reaction to gloves? (latex)	[]	[]	7. האם יש לך רגישות לכפפות(לייטקס)?
8. Are you allergic to PENICILLIN?	[]	[]	8. האם אתה רגיש לפניצילין?
9. Have you had major surgery or been very ill?	[]	[]	9. האם עברת ניתוח או מחלה קשה?
10. Have you had CORTISONE (STEROIDS)?	[]	[]	10. האם טופלת בקורטיזון (סטרואידים)?
11. Have you ever had or been in contact with infectious diseases namely: tuberculosis hepatitis HIV / AIDS other	[]	[]	11. האם חלית או האם באת במגע עם מחלות זיהומיות, כגון: HIV / AIDS שחפת צהבת אחר?
12. Do you SMOKE?	[]	[]	12. האם אתה מעשן?

Please complete both sides of this form ->

← המשך...297.



DR. DORIAN HATCHUEL

ד"ר. דוריאן חטואל

PERIODONTIST B.D.S., M.Dent. (South Africa), M.R.C.D. (Canada), 589 .נ.מ.נ. (Israel) פריודונט

DENTAL QUESTIONNAIRE		שאלון דנטלי
13. Do you have any of the following?	yes/כן / לא / no	13. האם אתה סובל מ:
bleeding gums	[] []	דימום הניכיים
gum swelling / abscess	[] []	נפיחות בחניכיים / אבסס
receding gums	[] []	נסיגת חניכיים
bad breath or taste	[] []	טעם רע / ריח רע
loose teeth	[] []	שיניים רופפות
teeth that have changed position ; moved	[] []	שיניים ששינו מיקום: תחזת שיניים
14. Are you satisfied with the way your teeth appear?	[] []	14. האם אתה מרוצה ממראה שיניך?
15. Are you able to chew properly?	[] []	15. האם אתה מסוגל ללעוס כראוי?
16. Have you had previous periodontal (gum) treatment?	[] []	16. האם עברת טיפול פריודונטלי (חניכיים)?
17. Do you have any habits such as:		17. האם יש לך הרגלים, כגון:
Clenching your teeth under tension?	[] []	סגירת השיניים בחוזקה בשעת לחץ?
Grinding your teeth?	[] []	שחיקת השיניים?
Other?	[] []	אחר?
18. Do you have any JAW JOINT sounds?	[] []	18. האם חיבורי הלסת שלך משמיעים קולות?
19. When last did you have your teeth cleaned (months ago.....). (years ago.....)		19. מתי בוצע הניקוי האחרון. (לפניחודשים) (לפני שנים).

Should you have any relevant information not covered by this questionnaire, or should you wish to elaborate on any of your answers please use this space:

במידה ויש בידיך מידע מתאים אשר לא נכלל בשאלון זה, או במידה והנך מעוניין להרחיב את תשובותיך, נא להשתמש במקום זה:

CONSENT: I, the undersigned, certify that all of the above medical and dental information is true to my knowledge, and I have not omitted any pertinent information. I consent to the performing of dental and surgical procedures agreed to be necessary, and I will assume full responsibility for the fees associated with these procedures.

הסכמה: אני, החתום מטה, מאשר שכל המידע לעיל, הוא נכון, למיטב ידיעתי, ולא החסרתי כל מידע מתאים. אני מסכים לביצוע תהליכים וניתוחים המוסכמים בינינו כנחוצים, ואקח אחריות מלאה על התשלום.

PATIENTS' (or guardians) SIGNATURE

חתימת המטופל (או הורה/אפוטרופוס)

DATE:

תאריך:

THANK YOU - DR DORIAN HATCHUEL

תודה - ד"ר דוריאן חטואל