|  |  |
| --- | --- |
| **Στοιχεία Ασθενή 1** | **Στοιχεία Παραπέμποντος Ιατρού 1, 2** |
| **Ονοματεπώνυμο**  | **Ονοματεπώνυμο** |
| **Φύλο / Ηλικία** | **Ειδικότητα (Εξειδίκευση)** |
| **Διεύθυνση οικίας** | **Διεύθυνση Ιατρείου** |
| **Τηλ. επικοινωνίας /** **Ε-mail** | **Τηλ. επικοινωνίας / Ε-mail** |

**Έντυπο Αξιολόγησης Ασθενή**

**1 Παρακαλούμε αποστείλετε σχετικές ιατρικές εξετάσεις και διαγνωστικές απεικονίσεις.**

**2 Συμπληρώνεται εφόσον γίνεται παραπομπή από τον Ιατρό. Θα επικοινωνήσουμε μαζί σας το συντομότερο μετά την εξέταση – αξιολόγηση του ασθενή.**

|  |
| --- |
| **Ιατρικό Ιστορικό****(εφόσον υπάρχει υφιστάμενο νόσημα δώστε λεπτομέρειες)** |
| **Καρδιαγγειακό** | **Ενδοκρινοπάθειες**  |
| **Αναπνευστικό** | **Λοιμώδη νοσήματα** |
| **Γαστρεντερικό** | **Αυτοάνοσα νοσήματα** |
| **Αιμοποιητικό** | **Άλλο** |
| **Μυοσκελετικό** | **Κάπνισμα (τσιγάρα/ημέρα και διάρκεια)** |
| **Δερματοπάθειες** | **Αλκοόλ (ποτά/ημέρα και διάρκεια)** |
| **Ψυχιατρικά νοσήματα** | **Φαρμακευτική αγωγή** |
| **Σακχαρώδης διαβήτης** |
| **Αλλεργίες** |

|  |
| --- |
| **Αιτία προσέλευσης****(δώστε λεπτομέρειες όπου είναι εφικτό)** |
| **Έλκωση**  | **Κηλίδες Στόματος** |
| **Λευκές / Ερυθρές βλάβες** | **Καύσος / Τσούξιμο** |
| **Ξηροστομία** | **Φυσαλίδα** |
| **Διαταραχές γεύσης** | **Έγκλειστος / Ημιέγκλειστος φρονιμήτης** |
| **Πόνος** | **Τοποθέτηση εμφυτεύματος** |
| **Ογκίδιο**  | **Ακρορριζεκτομή** |
| **Άφθες** | **Ανύψωση ιγμορείου** |
| **Κακοσμία** | **Άλλο** |
| **Διάρκεια βλαβών / συμπτωμάτων****Έχει συμβεί κάτι ανάλογο στο παρελθόν ?****Έχετε εφαρμόσει ήδη κάποια θεραπεία για το πρόβλημα αυτό ?****Έχετε επισκεφθεί άλλον Ιατρό για το πρόβλημα αυτό ?** |



**Σημειώστε στο διάγραμμα την περιοχή εντόπισης της βλάβης / συμπτωμάτων.**

**Ημερομηνία**

**Ονοματεπώνυμο / Υπογραφή**

Συμπληρώστε τη φόρμα και αποστείλετε την με e-mail στη διεύθυνση titsinidess@yahoo.com ή ως συνοδευτικό κατά την εξέταση στο Ιατρείο