



Dr. Anna Jotkowitz
ד"ר אנה יוטקוביץ

Dr. Abbe Kellner-Kutno
ד"ר אבי קלנר-קוטנו

Dr. Dena Naeh
ד"ר דינה נאה

ברוכה הבאה/ה לרעננה דנטל קייר

יוצרים חיוכים בריאים וזוהרים

שם פרטי:		שם משפחה:
כתובת בבית:		עיר:
מספר ת"ז או דרכון:		מספר טלפון נייד:
תאריך לידה:		מספר טלפון נוסף:
כתובת דוא"ל:		טלפון של איש קשר למקרה חירום:
מצב משפחתי:		האם יש לך ביטוח שיניים?
רווקה / נשוי / גרושה / אלמנה		אם כן – איפה?
איך שמעת על המרפאה שלנו?		למי נוכל להודות?

היסטוריה רפואית

בעיות לב (מעקפים / אוושה / אחר)	כ/ל	מחלת כליות	כ/ל
אנמיה	כ/ל	צהבת	כ/ל
לחץ דם גבוה / נמוך	כ/ל	אסטמה	כ/ל
מחלות או בעיות בקרישת דם	כ/ל	מחלות פסיכיאטריות	כ/ל
דלקת פרקים	כ/ל	החלפת מפרק	כ/ל
סרטן	כ/ל	אוסטאופורוזיס	כ/ל
סכרת	כ/ל		



Dr. Anna Jotkowitz
ד"ר אנה יוטקוביץ

Dr. Abbe Kellner-Kutno
ד"ר אבי קלנר-קוטנו

Dr. Dena Naeh
ד"ר דינה נאה

האם את/ה נוטלת תרופות באופן קבוע?	כן/ל/ ☐	אם כן, אנא פרטי:
האם את/ה אלרגית לפניצילין / אחר?	כן/ל/ ☐	אם כן, אנא פרטי:
מחלות או בעיות אחרות?	כן/ל/ ☐	אם כן, אנא פרטי:
האם אי פעם לקחת תרופות נוגדות ספיגת עצם (כגון ביפוספונטים)?	כן/ל/ ☐	אם כן, מתי?
האם את/ה מעשנת?	כן/ל/ ☐	אם כן, כמה?
האם עברת טיפול בבוטוקס לאחרונה?	כן/ל/ ☐	אם כן, מתי?

לנשים

האם את נוטלת הורמונים/גלולות?	כן/ל/ ☐	אם כן, איזה?
האם את בהריון?	כן/ל/ ☐	באיזה חודש?

בריאות הפה

מתי הייתה הבדיקה האחרונה שלך אצל רופא/ת שיניים?
באיזה עזרים את/ה משתמשת כדי לנקות את השיניים?

האם את/ה סובלת מ-

חריקת שיניים	כן/ל/ ☐	ריח רע מהפה	כן/ל/ ☐
רפלקס הקאה	כן/ל/ ☐	דימום בחניכיים	כן/ל/ ☐
האם עברת טיפול דנטלי כירורגי בעבר?	כן/ל/ ☐	האם עברת טיפול אורתודנטי בעבר?	כן/ל/ ☐
האם יש משהו שגורם לך להרגיש לא בנוח עם טיפול דנטלי?			
האם משהו דנטלי מפריע לך כרגע?			
האם את/ה מעוניינת בטיפול דנטלי אסתטי?			

אם יש לך שאלות בנוגע לטופס אנא אל תהססי לפנות לצוות המרפאה או לרופא/ה שלך.

חתימה

תאריך