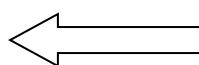


الاسماء الشخصية	اسم العائلة	بيانات الشخصية
بلدية السكن	الرقم الشخصي	
المهنة/المؤسسة التعليمية	رقم الهاتف للبيت/العمل	
العنوان		
المكان البريدي (المدينة)	الرمز البريدي	
سبب المجيء للعلاج		الصحة
<p>هل تستخدم أي دواء بشكل منتظم؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم ما هو الدواء؟</p> <hr/> <hr/> <hr/>		
<p>هل لديك الآن أو هل كل لديك من قبل أي من الأمراض التالية؟</p> <p><input type="checkbox"/> حساسية (الأدوية، المواد الغذائية، المطاط) ما هو؟</p> <p><input type="checkbox"/> مرض قلب أو أوعية دموية (ألم صدر، جلطة، جهاز منظم لدقنات القلب، عطب في الصمام، صمام اصطناعي)</p> <p><input type="checkbox"/> جلطة في الدماغ</p> <p><input type="checkbox"/> ارتفاع ضغط الدم</p> <p><input type="checkbox"/> مرض دم، فقر دم، القابلية لحدوث نزيف الدم</p> <p><input type="checkbox"/> السكري، قيمة HbA1c:</p> <p><input type="checkbox"/> الربو أو مرض آخر للجهاز التنفسى</p> <p><input type="checkbox"/> الروماتزم</p> <p><input type="checkbox"/> هشاشة العظام</p> <p><input type="checkbox"/> اضطرابات النطور العصبية</p> <p><input type="checkbox"/> مرض نفسي</p> <p><input type="checkbox"/> مرض معدى عن طريق الدم (فيروس نقص المناعة البشرية HIV، التهاب الكبد C، شيء آخر)</p> <p><input type="checkbox"/> أو بكتيريا أخرى تسبب بانتشار العدوى بسهولة في المستشفيات</p> <p><input type="checkbox"/> ESBL أو VRE أو MRSA</p> <p><input type="checkbox"/> مرض آخر ما هو؟</p>		
<p>يتوجب أن يُؤخذ بعين الاعتبار عند علاج الفم والأسنان</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p><input type="checkbox"/> ما هي</p>		



اقلب الصفحة

<p>أنظف أسناني بالفرشاة <input type="checkbox"/> مرتين في اليوم <input type="checkbox"/> مرة واحدة في اليوم <input type="checkbox"/> أقل من ذلك أستخدم معجون أسنان يحتوي على الفلور <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم</p> <p>أنظف أسناني <u>بالفرشاة</u></p> <p>أنظف الفراغات فيما بين الأسنان <input type="checkbox"/> مرة واحدة في اليوم <input type="checkbox"/> بضع مرات في الأسبوع <input type="checkbox"/> أقل من ذلك استخدم لتنظيف الفراغات فيما بين الأسنان</p> <p>المُنتجات الأخرى لرعاية وعلاج الفم/ تنظيف الأسنان الاصطناعية</p>	
<p>أتناول <u>وجبة يومياً</u></p> <p>أتناول وجبات طعام خفيفة أو وجبات سريعة يومياً <u>مرة</u></p> <p>أشرب عندما أطعشن <u>ashrab yomia</u></p> <p><input type="checkbox"/> المشروبات الرياضية أو مشروبات الطاقة</p> <p><input type="checkbox"/> لا أشرب أي من هذه</p> <p><input type="checkbox"/> المشروبات الغازية أو العصائر</p> <p><input type="checkbox"/> مشروبات حلوة أو حامضة أخرى</p> <p>لدي نظام غذائي خاص <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم</p>	
<p>استخدم مستحضرات الأكسيليتول بانتظام (علكة أو حنوب) <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم</p> <p>أدخن التبغ أو استخدم السعوط/أكياس التيكوتين <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <u>مرة في اليوم</u></p> <p>استخدم السيجارة الإلكترونية <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <u>مرة في اليوم</u></p> <p>استخدم المشروبات الكحولية <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <u>جرعة في الأسبوع</u></p> <p>استخدم مواد مُخردة <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم</p>	
<p>ملاحظتي بشأن حالة الفم والأسنان</p>	

<p>الذى يبلغ 12 - 17 سنة من عمره <input type="checkbox"/> يجوز تسليم بياناته إلىولي الأمر <input type="checkbox"/> لا يجوز تسليم بياناته إلىولي الأمر نقوم بجباية من الذين أتموا 18 سنة من أعمارهم مدفوعات عن الموعد الذي لم يتم استخدامه ولا إلغاؤه وفقاً ل التشريع المدفوعات</p>	<p>ملاحظة</p>
<p>20 _____ / _____</p>	<p>التاريخ، التوقيع</p>