

АНКЕТА ПАЦИЕНТА

Ф.И.О. _____

Последующая информация является крайне важной для обеспечения Вас эффективным стоматологическим лечением в соответствии с Вашим состоянием здоровья.

Вам необходимо дать полные и правильные ответы на все вопросы.

Если вопрос непонятен или вы не уверены в ответе, обсудите этот вопрос с врачом.

Неполная или неправильная информация может повредить Вашему здоровью.

- 1.** Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением какого-либо врача?

Да Нет

Если да, то укажите причину:

- 2.** Принимаете ли Вы в настоящее время какие-нибудь лекарства?

Да Нет

Если да, то перечислите наименования:

- 3.** Посещаете ли Вы в настоящее время какие-либо процедуры (массаж, ванны, грязи, физиотерапия)?

Да Нет

- 4.** Если Вы лечитесь в настоящее время (лечились ранее) или имеете информацию о наличии у Вас следующих заболеваний и состояний, дайте краткое описание:

а. Ревматизм, ревматические поражения сердца, шумы (боли) в сердце, пороки сердца Да Нет

б. Инфаркт миокарда, стенокардия, аритмия, хирургические вмешательства на сердце Да Нет

в. Желудочно-кишечные заболевания Да Нет

г. Повышенное / пониженное кровяное давление Да Нет

д. Повышенная кровоточивость, анемия, гемофилия, переливание крови Да Нет

е. Астма, туберкулез, сезонная аллергия, аллергические реакции на антибиотики, болеутоляющие препараты, местные анестетики и другие лекарства Да Нет

ж. Доброкачественные, злокачественные опухоли, химиотерапия Да Нет

- | | | | |
|-----------|---|-----------------------------|------------------------------|
| з. | Диабет | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
| и. | Гепатит, желтуха, заболевания печени | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
| к. | Заболевания почек и мочевыводящих путей | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
| л. | Заболевание щитовидной железы | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
| м. | Паралич, парез, конвульсии, обмороки, потеря сознания | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
| н. | Артрит | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
| о. | Венерические заболевания или СПИД | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
| п. | Травмы головы или шеи, автомобильные аварии, хирургические операции | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
| р. | Лечение нижнечелюстного сустава | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет |
-
-

10. Имеются ли у Вас другие проблемы со здоровьем о которых Вам известно?

Да Нет

Если да, то укажите какие?

11. Добавьте, что считаете нужным:

10. Наблюдалось ли у Вас при предыдущем стоматологическом лечении аллергические реакции, продолжительное кровотечение, какие-либо другие осложнения во время или после стоматологического лечения?

Да Нет

Если да, то какие?

10. Для женщин: Вы беременны, подозреваете беременность или кормите ребенка?

Да Нет

Дата: « _____ » _____ 20 ____ г. Подпись: _____