

# 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

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