Успешность стоматологического лечения может зависеть от наличия степени развития общих заболеваний организма. Вот почему врачу важны сведения о состоянии Вашего здоровья. Они помогут правильно составить план лечения, дать обоснованные гарантии на выполненную работу.

АНКЕТА ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА (АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ)

ФИО пациента:_ ✓_____

Дата рождения: ✓_____ Адрес фактического проживания:_____

Телефон: _____ Когда вы последний раз были у стоматолога_____

ФИО законного представителя пациента _____

Отвечая на вопросы анкеты, надо давать ответ «ДА» или «НЕТ» по каждому пункту. Сообщаемые Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ						
Заболевания сердца (инфаркт миокарда, стенокардия, одышка, наличие кардиостимулятора)					Да	Нет
Заболевания почек					Да	Нет
Заболевания печени					Да	Нет
Заболевания желудочно-кишечного тракта					Да	Нет
Заболевания легких (бронхиальная астма и др)					Да	Нет
Сахарный диабет. Если да, то средний уровень сахара_____					Да	Нет
Повышение или понижение артериального давления					Да	Нет
Эпилепсия и др. заболевания центральной и периферической нервной системы					Да	Нет
Нарушение свертываемости крови					Да	Нет
Заболевания ЛОР органов (уха, горла, носа)					Да	Нет
Венерические заболевания					Да	Нет
Психические расстройства / заболевания (если да, то какие)					Да	Нет
Гепатит (если да, то когда)					Да	Нет
Проводилось ли исследование на ВИЧ	Да	Нет	если «ДА», то каков результат	Положительный	Отрицательный	
Онкологические заболевания					Да	Нет
Инфекционные заболевания:					Да	Нет
Аллергические реакции (перечислить) лекарственные: пищевые: Чем купируется приступ (н:азвание препарата):					Да	Нет
Бывает ли головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов					Да	Нет
ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, КАСАЮЩАЯСЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ						
При прохождении стоматологического лечения в прошлом были:						
- Аллергические реакции					Да	Нет
- Продолжительное кровотечение					Да	Нет
- Потеря сознания					Да	Нет
- Какие-либо другие осложнения во время и после лечения:						
Наличие болей и щелканье в нижнечелюстном суставе					Да	Нет
Повышенная чувствительность в внутриротовым раздражителям (рвотный рефлекс)					Да	Нет
Кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная)					Да	Нет
Появление герпеса («простуды») на губах с периодичностью в____ год					Да	Нет
Бруксизм (ночное скрежетание зубов)					Да	Нет
Периодическое появление язв в полости рта / трещин губ, заед (нужное обвести)					Да	Нет
Чувствую запах изо рта					Да	Нет
Вредные привычки (курение, прием наркотических средств) (нужное обвести)					Да	Нет
Был ли у Вас негативный опыт стоматологического лечения					Да	Нет
Как Вы оцениваете Ваш стоматологический статус (нужное обвести): хорошо / удовлетворительно / плохо						
ДЛЯ ПАЦИЕНТОК						
Беременны ли Вы?	Да	Нет	Являетесь ли Вы кормящей матерью?		Да	Нет

Мне известно, что только в случае обязательных профилактических осмотров (1 раз в 6 месяцев) я могу рассчитывать на определенный срок лечения и гарантию в Вашей клинике. Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов я должен(на) сообщить об этом врачу до начала приема.

Подпись пациента (подпись законного представителя пациента) ✓_____ Дата _____