

АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

1	ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	Да	Нет
1.1	Заболевания сердца. Если «ДА», то какие?		
1.2	Имеются ли у Вас сердечные датчики?		
1.3	Обнаруживается ли у Вас повышение артериального давления (гипертония)?		
1.4	Заболевания ЖКТ. Если «ДА», то какие?		
1.5	Заболевания почек, печени. Если «ДА», то какие?		
1.6	Заболевания щитовидной, паращитовидной и других желёз. Если «ДА», то какие?		
1.7	Заболевания крови, нарушения свертываемости крови. Если «ДА», то какие?		
1.8	Заболевания уха, горла, носа. Если «ДА», то какие?		
1.9	Психические заболевания. Если «ДА», то какие?		
1.10	Сахарный диабет		
1.11	Глаукома (повышенное внутриглазное давление)		
1.12	Гепатит. Если «ДА», то какой?		
1.13	СПИД		
1.14	Сифилис и другие венерические заболевания. Если «ДА», то какие?		
1.15	Туберкулёз		
1.16	Бронхиальная астма, астматический бронхит		
1.17	Опухоли. Если «ДА», то какие?		
1.18	Травмы		
1.19	Потеря сознания, припадки (эпилепсия)		
1.20	Другие заболевания:		
2	АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА МЕДИЦИНСКИЕ ПРЕПАРАТЫ И ДРУГИЕ АЛЛЕРГЕНЫ:		
3	ПОСТОЯННО ИЛИ ПЕРИОДИЧЕСКИ ПРИНИМАЮ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ:		
4	ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, КАСАЮЩАЯСЯ ЛЕЧЕНИЯ		
4.1	Ваша работа (ранее или сейчас) связана с вредными факторами		
4.2	Наличие болей и щелканья в нижнечелюстном суставе		
4.3	Кровоточивость дёсен при чистке зубов		
4.4	Появление герпеса («простуды») на губах с периодичностью _____ в год		
4.5	Появление трещин губ, заед		
4.6	Бруксизм (ночное скрежетание зубов)		
4.7	Ненормальное кровотечение при удалении зуба, операции, травме		
4.8	Периодическое появление язв в полости рта		
4.9	Головокружения, потеря сознания, одышка при введении анестетиков и др. лекарств		
4.10	Вредные привычки. Если «ДА», то какие?		
4.11	Кодирование от приема алкогольных напитков, наркотических средств		
4.12	Беременность (для пациенток)		

Пациент несет ответственность за достоверность предоставляемой информации!

Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья _____

Мне известно, что от состояния моего здоровья зависят результаты лечения и гарантии на оказанные услуги.

Я знаю, что:

- в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога мне надо сообщить ему об этом;

- в случае изменений в состоянии моего здоровья я должен сообщить стоматологу о необходимости внесения изменений в данную анкету.

Пациент _____ / _____ /

(подпись, ФИО)

« _____ » _____ 20__ г.