

АНКЕТА

ПОЖАЛУЙСТА, прочтите внимательно и ответьте на все вопросы. Информация о Вашем здоровье нужна для эффективного и безопасного стоматологического лечения. Неверная или неполная информация может повредить Вашему здоровью. Если вопрос не понятен или Вы не уверены в ответе, обсудите это с врачом. Сообщайте нам обо всех изменениях в состоянии Вашего здоровья при первой возможности. Отметьте нужный ответ галочкой.

Ф.И.О. _____
Вес, Рост _____
Возраст _____

Сформулируйте, пожалуйста, основную проблему (ы), с которой Вы к нам обратились

Основная жалоба? _____

Испытываете ли Вы сейчас чувство боли или дискомфорта?	да	нет
Вы сильно нервничаете перед предстоящим стоматологическим лечением?	да	нет
Был ли у Вас опыт негативного общения со стоматологом?	да	нет
Принимаете ли Вы какие-нибудь препараты (лекарственные средства, витамины, БАДы)? Если да, укажите какие:	да	нет
Лечились ли Вы стационарно в течении прошлых двух лет?	да	нет
Находитесь ли Вы под наблюдением какого-либо врача?	да	нет
Принимали ли Вы бисфосфонаты?	да	нет
Есть ли у Вас аллергия (т.е. зуд кожи, сыпь, отёки, конъюнктивит и т.д.)? На что? Как проявляется?	да	нет
Были ли у Вас сильные кровотечения, требующие соответствующего лечения?	да	нет
Курите ли Вы? Если да, то сколько сигарет в день?	да	нет
Когда Вы поднимаетесь по лестнице или идете, Вам приходится останавливаться из-за боли в грудной клетке и нехватке дыхания?	да	нет
У Вас отекают ноги за день?	да	нет
Есть ли проблемы со сном?	да	нет
Вы когда-нибудь просыпались от нехватки дыхания?	да	нет
Наблюдаются ли боль в Височно-нижнечелюстном суставе или стискивание зубов?	да	нет
Придерживаетесь ли Вы специальной диеты?	да	нет
Вы страдаете онкологическими заболеваниями?	да	нет
У Вас есть заболевания, состояния здоровья или проблемы, которые не перечислены выше?	да	нет
Повышенное или пониженное кровяное давление (укажите)?	да	нет

Подвергались ли Вы рентгеновским исследованиям или лучевой терапии за последний год? Когда и какие?	да	нет
Для женщин:		
Вы сейчас беременны или планируете беременность?	да	нет
Вы принимаете контрацептивные препараты?	да	нет

Обведите те состояния, которые у Вас были когда-то или имеются в настоящее время

Остановка сердца	Искусственный сердечный клапан	Эмфизема	Лучевое лечение	Заболевания печени
Сердечные заболевания или инфаркты	Водитель ритма сердца	Кашель	Химиотерапия	Заболевания пищеварительной системы
Стенокардия	Операции на сердце	Туберкулёз	Артриты	Переливание крови
Высокой кровяное давление	Искусственные суставы	Астма	Стероидная терапия	Лекарственная зависимость
Аритмия	Анемия	Заболевания придаточных пазух носа	Глаукома	Гемофилия
Ревматизм	Нарушения мозгового кровообращения/ (инсульт)	Аллергия, крапивница	Боль в суставах	Герпес
Врожденные пороки сердца	Заболевания почек	Сахарный диабет	СПИД	Эпилепсия
Скарлатина	Язвы	Заболевания щитовидной железы	Гепатит	Нарушения координации
Неврозы	Психиатрическое лечение	Малярия	У Вас легко возникают синяки	Остеопороз
Дополнения:				

Все перечисленные выше ответы правильны и корректны. Если в моем состоянии здоровья произойдут изменения, я обязательно информирую об этом своего стоматолога в следующее посещение.

Информация о моем состоянии здоровья может быть сообщена моему законному представителю (доверенному лицу)

_____ (Ф.И.О., адрес, телефон)

Ф.И.О. _____

Подпись _____

Дата заполнения _____