

АНКЕТА О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ

Врачу необходима информация о состоянии Вашего здоровья в целях обеспечения успешного и безопасного решения Ваших стоматологических проблем, так как в процессе лечения и его ближайшие и отдаленные результаты могут быть связаны с заболеванием различных органов и систем, приемом лекарств, физиологическими особенностями организма. По каждому пункту анкеты надо ответить ДА или НЕТ. Пожалуйста, внимательно заполните предполагаемую анкету. Ваши данные составляют врачебную тайну, и не будут доступны посторонним лицам.

Ф.И.О полностью: _____

Дата рождения: _____

Последнее посещение стоматолога проводилось в ____ году, в клинике _____ Какую стоматологическую проблему Вы хотели бы решить:(нужное подчеркнуть) а. лечение зубов; б. удаление зубов; в. лечение дёсен; г. профилактический осмотр/гигиеническая чистка; д. протезирование; е. имплантация; ж. эстетическая информация; ортодонтическое лечение.

да нет

да нет

Вирусный гепатит, какого типа ()		Были ли у Вас операции под наркозом, когда		
Туберкулез		Порок сердца		
Проводилось ли Вам переливание крови, когда ()		Установлен искусственный клапан сердца		
Проводились ли Вам инъекции за последние 6 месяцев		Инфаркт миокарда, когда		
Были ли у Вас язвы в полости рта		Установлен кардиостимулятор		
Была ли у Вас длительная необъяснимая лихорадка		Варикозная болезнь, тромбоз		
Были ли у Вас длительные боли в горле и затрудненное глотание		Отмечаете ли Вы значительные изменения артериального давления, цифры артериального давления		
Имеете ли Вы постоянно увеличенные лимфатические узлы		Бывают ли у Вас периоды потери сознания или судорожные припадки		
Отмечаете ли Вы наличие багровых или красных участков на коже, сыпь		Заболевания нервной системы		
Ночная потливость		Сотрясения головного мозга		
Диарея(поносы)		Бронхиальная астма, наличие ингалятора		
Нейродермит		Заболевания печени		
Отмечаете ли Вы потерю веса за последние 6 месяце. Если да, то с чем связываете?		Нарушения свертываемости крови		
Курите ли Вы? Как долго?		Бывали ли у Вас кровотечения после травм или хирургических вмешательств		
Онкозаболевание, какое? как долго?		Страдаете ли Вы носовыми кровотечениями		
Получали ли Вы лучевую терапию, химиотерапию за последние 10 лет		Принимаете ли Вы лекарства, какие		
Заболевание эндокринных желез		Аллергические реакции:		
Заболевание кожи		Местные анестетики		
Заболевание мочевыделительной системы		Сульфаниламидные препараты		
Заболевание ЖКТ		Пыльца растений		
Травмы челюстно-лицевой области		Металлы		
Заболевания опорно-двигательного аппарата		Антибиотики		
Сахарный диабет		Препараты йода		
Часто ли у Вас бывает сухость во рту		Пищевые продукты		
Информация для женщин		Шерсть животных		
Беременны ли Вы		Анальгетики		
Являетесь ли Вы кормящей матерью				
Принимаете ли Вы гормональные препараты				

Я искренне ответил(а) на все пункты анкеты, хочу дополнительно сообщить о состоянии здоровья следующее:

Я знаю, что в случае использования лекарственных препаратов или наркотических веществ, приема алкоголя накануне стоматологического приема, должен(на) сообщить об этом врачу.

Дата : _____

Подпись пациента (расшифровка): _____ (_____)