

**Уважаемый пациент!**

На процесс лечения у стоматолога могут оказать влияние общие заболевания, поэтому просим Вас внимательно заполнить эту анкету.

Мы гарантируем, что сведения указанные Вами в анкете будут использованы только для подбора лечения с учетом Вашего здоровья и не будут доступны посторонним лицам.

**Анкета**

О своём состоянии здоровья сообщаю следующее:

(отметить ДА или НЕТ в списке вопросов, указанных ниже)

**Последнее посещение врача-стоматолога** \_\_\_\_\_  
(указать месяц и год)

**1. Аллергия** (лекарственная, пищевая, на костно-замещающие материалы, другие виды аллергии) \_\_\_\_\_ ДА / НЕТ

Симптомы \_\_\_\_\_

Чем купируется приступ \_\_\_\_\_

**2. Группа крови** \_\_\_\_\_ **Резус-фактор** \_\_\_\_\_

**3. Страдаете ли Вы заболеваниями:**

- сердца (стенокардия, сердцебиение, одышка) \_\_\_\_\_ ДА / НЕТ

- почек \_\_\_\_\_ ДА / НЕТ

- печени \_\_\_\_\_ ДА / НЕТ

- желудочно-кишечного тракта \_\_\_\_\_ ДА / НЕТ

- легких (бронхиальная астма) \_\_\_\_\_ ДА / НЕТ

**4. Страдаете ли Вы:**

- повышенным артериальным давлением \_\_\_\_\_ ДА / НЕТ

- пониженным артериальным давлением \_\_\_\_\_ ДА / НЕТ

**5. Бывают ли у Вас припадки, обмороки, головокружение** \_\_\_\_\_ ДА / НЕТ

**6. Длительные кровотечения после порезов** \_\_\_\_\_ ДА / НЕТ

**7. Диабет** \_\_\_\_\_ ДА / НЕТ

**8. Беременность** \_\_\_\_\_ ДА / НЕТ

**9. Принимаемые лекарства (указать)** \_\_\_\_\_ ДА / НЕТ

**10. Были ли у Вас травмы головы** \_\_\_\_\_ ДА / НЕТ

**11. Перенесенный гепатит** \_\_\_\_\_ ДА / НЕТ

**12. СПИД, венерические заболевания** \_\_\_\_\_ ДА / НЕТ

**13. Периодически возникающие язвы полости рта, герпес** \_\_\_\_\_ ДА / НЕТ

**14. Бруксизм (ночное скрежетание зубами)** \_\_\_\_\_ ДА / НЕТ

**15. Заболевание гайморовых пазух** \_\_\_\_\_ ДА / НЕТ

**16. Употребляете ли Вы наркотики** \_\_\_\_\_ ДА / НЕТ

**17. Курите ли Вы** \_\_\_\_\_ ДА / НЕТ

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

Мне известно, что только в случае обязательных профилактических осмотров (1 раз в 6 месяцев) можно рассчитывать на определенный срок результатов лечения, протезирования.

Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов до начала приема стоматолога, должен (а) сообщить врачу об этом.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.

Ф.И.О.пациента \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_