

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 _____