АНКЕТА О ЗДОРОВЬЕ

Уважаемый пациент!

Врачу необходима информация о состоянии Вашего здоровья в целях обеспечения успешного и безопасного оказания медицинских услуг, так как процесс лечения и его ближайшие и отдаленные результаты могут быть связаны с заболеваниями различных органов и систем, приемом лекарств, физиологическими особенностями организма. Внимательно заполните предлагаемую анкету. Мы гарантируем, что сведения, указанные Вами в анкете, будут использованы только в целях лечения и профилактики и не будут доступны посторонним лицам.

Я, {ФамилияИмяОтчество}

Дата рождения:

Ваш E-mail: _____

Неполная или неправильная информация может повредить Вашему здоровью!

Как давно Вы обращались к стоматологу? _____

Как давно Вы делали проф. гигиену? _____

Какую хотите решить проблему? (обвести) **ЛОКАЛЬНУЮ**

ПОЛНОСТЬЮ ВОССТАНОВИТЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Какой вид связи с Вами наиболее удобен? (подчеркнуть**) ЗВОНОК МЕССЕНДЖЕР EMAIL**

ВОПРОС	**ДА V / НЕТ X**
Довольны ли Вы состоянием своих зубов	
Вы хотели бы улыбку, которой у Вас никогда не было	
Есть ли у Вас боли или дискомфорт при жевании	
Довольны ли Вы внешним видом Вашей улыбки	
Испытываете ли Вы страх перед приемом у стоматолога	
Отметьте из списка заболевания/состояния, которые у Вас есть:	
Сердечно-сосудистые заболевания (инфаркт миокарда, стенокардия, порок сердца, сердечная недостаточность, аритмия, инсульт или другие)	
Заболевания органов дыхания (бронхиальная астма, хронический бронхит, туберкулез и другие)	
Заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь желудка/12-перстной кишки и другие)	
Заболевания печени и желчного пузыря (инфекционный гепатит и другие)	
Заболевания нервной системы (эпилепсия, параличи, судороги, потери сознания и другие)	
Эндокринные заболевания (сахарный диабет, тиреотоксикоз, гипотиреози другие)	
Заболевания крови (повышенная/пониженная свертываемость крови и другие)	
Заболевания ЛОР органов	
Заболевания костной системы, суставов (остеопороз, артриты и другие)	
Ревматизм	
Заболевания почек	
Заболевания кожи	
Онкологические заболевания	

Проводилась лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет	
ВИЧ-инфекция, СПИД	
Другие заболевания (указать какие)	
Были у Вас травмы головы или шеи	
Подвергались ли хирургическим операциям	
Проводилось ли переливание крови	
Наблюдается ли у Вас склонность к кровотечениям, в т.ч. при удалении зубов	
Аллергологический анамнез:	
Были ли у Вас аллергические реакции в виде головокружения или потери сознания, удушья, крапивницы, Отека Квинке, зуда и покраснения кожи на (указать аллерген):	
Находитесь ли Вы на учете/под наблюдением какого-либо врача (укажите причины)	
Принимаете ли Вы препараты группы бисфосфонатов (например, Золендронат, Клодронат и др.)	
Знаете ли Вы уровень Вашего артериального давления (если «Да», укажите цифры)	
Анамнез жизни:	
Наличие хронических интоксикаций (курение, прием алкоголя, наркотических веществ)	
Наличие профессиональных вредностей (радиационное излучение, выс. давление, хим. производство и другое)	
Для женщин:	
Беременны ли Вы (если «Да» указать срок)	
Являетесь ли Вы кормящей матерью	

Есть ли еще какая-то важная информация о Вас, которую необходимо знать доктору?_____
_____
_____

Я подтверждаю, что на все вопросы ответил(а) достоверно. Я понимаю, что сведения о состоянии здоровья необходимо обновлять 1 раз в 6 месяцев. Я знаю, что в случае использования лекарственных препаратов накануне приема врача, должен(а) сообщить об этом врачу.

Мне известно, что результаты лечения (выполнения работ) зависят от состояния моего здоровья. Мне известно, что гарантии на каждую выполненную Исполнителем работу будут определяться с учетом состояния моего здоровья.

{ДатаОсмотра} {ФамилияИмяОтчество}/_____(Подпись)