

## АНКЕТА ЗДОРОВЬЯ

Врач-пациент

Пациент \_\_\_\_\_

### 1. Данные анализы общего состояния пациента по представленной анкете и опросу.

Находитесь ли Вы под наблюдением врача? \_\_\_\_\_ Если да, то укажите причины лечения

Дата последнего проф. осмотра (терапевта, других специалистов) (год) \_\_\_\_\_

Принимаете ли в настоящее время какое-либо (назначенное или не назначенное врачом) лекарство? \_\_\_\_\_

Укажите заболевание, которое у Вас имеется или было раньше (да, нет):

|               |  |   |  |
|---------------|--|---|--|
| СПИД          | Заболевания венерические                           | Заболевания глаз (глаукома, катаракта и др.)  | Заболевания почек и надпочечников                                      |
| Ревматизм     | Заболевания онкологические                         | Заболевания крови (анемия и др.)              | Травмы головы/шеи  |
| Повышенное АД | Эндокринные заболевания (диабет, гипотериоз и тд.) | Язвы и другие образования на коже и слизистых | Психиатрические болезни  |
| Мигрень       | Заболевания печени и ЖКТ                           | Заболевания ЛОР-органов                       | Заболевания сердца и сосудов   |
| Аллергия      | Заболевания головного мозга и нервной системы      | Заболевания инфекционного характера (С,В)     | Заболевания дыхательной системы (туберкулез, бронхиальная астма и др.) |
| Эпилепсия     | Заболевания костной системы, суставов              | Лекарственная/Алкогольная зависимость         | Другие   |

Прививались ли Вы против гепатита А \_\_\_\_\_, В \_\_\_\_\_

Имеется ли у Вас кардиостимулятор? \_\_\_\_\_

Было ли у Вас продолжительное кровотечение после хирургического вмешательства? \_\_\_\_\_

Были ли у Вас необычные реакции на анестетики, антибиотики, сульфаниламиды, гормональные препараты, пыльцу растений, животных, пищу и другие вещества? \_\_\_\_\_

Бывает ли после введения лекарственного препарата одышка, головокружение, потеря сознания и другие проявления? \_\_\_\_\_

Вредные привычки \_\_\_\_\_

Ваша работа связана (ранее или сейчас) с вредными факторами: химическими, физическими (излучения, высокое давление, температура, вибрации и т.д.) \_\_\_\_\_

Есть ли у Вас какая-либо другая информация, которая должна быть известна о Вашем здоровье? \_\_\_\_\_

Для женщин: беременны ли Вы (срок), являетесь ли кормящей матерью, принимаете ли противозачаточные средства \_\_\_\_\_

Дополнительная информация, касающаяся стоматологического лечения:

Аллергические реакции \_\_\_\_\_ периодичность появления язв в полости рта \_\_\_\_\_

Продолжительное кровотечение после удаления зуба \_\_\_\_\_ сухость полости рта \_\_\_\_\_

Герпес \_\_\_\_\_ чувство запаха изо рта \_\_\_\_\_ щелканье в ВНЧС \_\_\_\_\_

Бруксизм (ночное скрежетание зубов) \_\_\_\_\_ кровоточивость десен \_\_\_\_\_

Появление трещин губ, заед \_\_\_\_\_ гайморит \_\_\_\_\_

Предыдущие посещения стоматолога (год)? \_\_\_\_\_

Мои ответы на пункты анкеты были правдивыми. В случае недостоверной информации о состоянии своего здоровья вся ответственность возлагается на меня. Мне известно, что от состояния моего здоровья зависят: результаты лечения, гарантии на каждую работу, выполненную врачом. Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога мне надо сообщить ему об этом. Об изменениях в состоянии своего здоровья обязательно сообщу врачу-стоматологу.

Дата \_\_\_\_\_ Подпись пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

*Мы благодарим Вас, за то что, заполнив анкету, Вы заботитесь о своем здоровье, и помогаете нам выбрать для Вас индивидуальный наиболее подходящий Вам план лечения.*