

АНКЕТА ЗДОРОВЬЯ

Последующая информация является крайне важной для обеспечения оказания услуг в соответствии с Вашим общим состоянием здоровья. Вам необходимо дать полные и правильные ответы на все вопросы. Неполная или неправильная информация может повредить Вашему здоровью. Ваши данные составляют врачебную тайну, и не будут доступны посторонним лицам.

Ф.И.О.: _____

Дата рождения: _____

Телефон: _____

1	Последнее посещение врача стоматолога (месяц, год) : _____	
ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
2	Заболевания сердца: _____	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
3	Наличие кардиостимулятора	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
4	Заболевания сосудов: _____	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
5	Повышенное / пониженное артериальное давление: _____	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
6	Заболевания легких: _____	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
7	Заболевания желудочно-кишечного тракта: _____	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
8	Заболевания печени, почек, щитовидной железы: _____	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
9	Сахарный диабет	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
10	Сотрясение головного мозга	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
11	Эпилепсия и др. заболевания центральной и периферической нервной системы	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
12	Заболевания крови	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
13	Нарушение свертываемости крови	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
14	ВИЧ, СПИД, гепатит	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ		
15	Аллергии: местные анестетики, антибиотики, сульфаниламиды, препараты йода, гормональные препараты, пыльцу и растения, пищевые продукты, шерсть животных, другие лекарственные препараты, другие вещества (если есть, то как проявляются): _____	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
16	Чем купируется аллергия, если есть: _____	
17	Постоянно или периодически принимаю лекарственные препараты. Если «да», то какие: _____	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
18	Ваша работа связана (ранее или сейчас) с вредными факторами: химическими, физическими (излучения, высокое давление, температура, вибрации и т.д.)	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
19	Наличие болей и щелканье в нижнечелюстном суставе	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
20	Кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная)	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
21	Появление герпеса «простуды» на губах с периодичностью _____ в год	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
22	Появление трещин губ, заед	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
23	Бруксизм (ночное скрежетание зубов)	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
24	Периодическое появление язв в полости рта	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
25	Вредные привычки (курение, прием алкоголя и наркотических средств)	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
26	Проводились и у Вас операции под наркозом. Если «да», то когда: _____	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
27	Рабочее давление: <input type="checkbox"/> 120/80 <input type="checkbox"/> другое: _____	
ДЛЯ ПАЦИЕНТОК		
28	Беременность, лактация	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>

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

Мне известно, что от состояния моего здоровья зависят:

- результаты лечения;
- гарантии на каждую работу, выполненную врачом.

Дата: _____

Подпись _____