

## АНКЕТА О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ

Уважаемый ФИО \_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_  
 Адрес \_\_\_\_\_ тел. дом \_\_\_\_\_ тел. Моб \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_  
 Место работы, должность \_\_\_\_\_  
 Из какого источника вы о нас узнали \_\_\_\_\_

Сообщенные Вами сведения позволят врачу подобрать эффективную анестезию, лекарства и методы лечения, правильно составить план. Врач пояснит (в оправданных случаях): есть ли связь между Вашим общим здоровьем и состоянием полости рта.

По каждому пункту анкеты надо отвечать ДА или НЕТ. Ваши данные составляют врачебную тайну, и не будут доступны посторонним лицам.

**Я разрешаю администраторам клиники звонить по указанным мной в анкете телефонам, чтобы напомнить о приеме, контрольном осмотре или сообщить о других изменениях в расписании клиники.**

Последнее посещение врача стоматолога (месяц, год): \_\_\_\_\_

### ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Заболевания сердца	ДА	НЕТ
Инфаркт миокарда	ДА	НЕТ
Наличие кардиостимулятора	ДА	НЕТ
Заболевания сосудов	ДА	НЕТ
Инсульт	ДА	НЕТ
Повышение или понижение артериального давления	ДА	НЕТ
Заболевания легких	ДА	НЕТ
Бронхиальная астма	ДА	НЕТ
Заболевания желудочно-кишечного тракта	ДА	НЕТ
Заболевания печени	ДА	НЕТ
Заболевания почек	ДА	НЕТ
Заболевания щитовидной, паращитовидной железы, др. желез	ДА	НЕТ
Сахарный диабет	ДА	НЕТ
Травмы	ДА	НЕТ
Сотрясение головного мозга	ДА	НЕТ
Эпилепсия и др. заболевания центральной и периферической нервной системы	ДА	НЕТ
Заболевание крови	ДА	НЕТ
Нарушение свертываемости крови	ДА	НЕТ
Заболевания уха, горла, носа	ДА	НЕТ
Глаукома (повышение внутриглазного давления)	ДА	НЕТ
Заболевание костной системы, суставов	ДА	НЕТ
Заболевания кожи	ДА	НЕТ
Нейродермит	ДА	НЕТ
Проводилось исследование на СПИД (если «да» – какой результат) – плюс или минус	ДА	НЕТ
Диарея (поносы), запоры	ДА	НЕТ
Головные боли (в том числе беспричинные)	ДА	НЕТ
Венерические заболевания	ДА	НЕТ
Инфекционные заболевания	ДА	НЕТ
Бывает головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов	ДА	НЕТ
Проводилось лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет	ДА	НЕТ
Были операции	ДА	НЕТ
Другие заболевания (указать):	ДА	НЕТ

### АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ:

* на местные анестетики	ДА	НЕТ
* на антибиотики	ДА	НЕТ
* на сульфаниламиды	ДА	НЕТ
* на препараты йода	ДА	НЕТ
* на гормональные препараты	ДА	НЕТ



* на другие лекарственные препараты (указать):	ДА	НЕТ
* на пыльцу и растения	ДА	НЕТ
* на пищевые продукты	ДА	НЕТ
* на шерсть животных	ДА	НЕТ
* на другие вещества	ДА	НЕТ

### ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В НАСТОЯЩЕМ ВРЕМЕНИ ИЛИ В ПОСЛЕДНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ

Постоянно или периодически принимаю лекарственные препараты Если «да», то какие:	ДА	НЕТ
Лечусь, проводилось лечение (когда):	ДА	НЕТ
Состою на учете в лечебном учреждении	ДА	НЕТ
Последнее общемедицинское обследование проводилось месяц _____ год _____	ДА	НЕТ
Проводились переливания крови (когда): _____	ДА	НЕТ
Проводились инъекции (внутримышечные, подкожные и др.) за последние 6 месяцев	ДА	НЕТ

### ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ

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

### ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, КАСАЮЩАЯСЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

При прохождении стоматологического лечения в прошлом были:		
Аллергические реакции .....	ДА	НЕТ
Продолжительное кровотечение .....	ДА	НЕТ
Какие-либо другие осложнения во время или после лечения .....	ДА	НЕТ
Наличие болей и щелканье в нижнечелюстном суставе	ДА	НЕТ
Кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная)	ДА	НЕТ
Появление герпеса «простуды» на губах с периодичностью _____ в год	ДА	НЕТ
Появление трещин губ, заед	ДА	НЕТ
Изменилось положение губы (верхней, нижней) или изменилась улыбка	ДА	НЕТ
Бруксизм (ночное скрежетание зубов)	ДА	НЕТ
Периодическое появление язв в полости рта	ДА	НЕТ
Периодическая или постоянная сухость во рту	ДА	НЕТ
Хотелось бы изменить цвет или форму зубов	ДА	НЕТ
Чувствую запах изо рта	ДА	НЕТ
Вредные привычки (курение, прием алкоголя и наркотических средств)	ДА	НЕТ

### ДЛЯ ПАЦИЕНТОК:

Вы беременны	ДА	НЕТ
Являетесь кормящей матерью	ДА	НЕТ
Имеется нарушение менструального цикла	ДА	НЕТ
Постоянно или периодически принимаете противозачаточные препараты	ДА	НЕТ
Последнее посещение врача-гинеколога в (месяц, год):	ДА	НЕТ

Мои ответы на пункты анкеты были искренними. Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее:

*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;
- что анкету о здоровье надо заполнять вновь каждые полгода».

“ ”

20 г. Подпись пациента \_\_\_\_\_