

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

(заполняется пациентом)

О своём состоянии здоровья сообщаю следующее:

Последнее посещение врача-стоматолога:

1. Аллергия (лекарственная, пищевая, другие) ДА НЕТ
Симптомы _____
Чем купируется приступ _____
2. Страдаете ли Вы заболеваниями:
- сердца (стенокардия, сердцебиение, одышка).....ДА НЕТ
 - почекДА НЕТ
 - печени ДА НЕТ
 - желудочно-кишечного тракта..... ДА НЕТ
 - легких (бронхиальная астма)..... ДА НЕТ
3. Страдаете ли Вы:
- повышенным артериальным давлением ДА НЕТ
 - пониженным артериальным давлением..... ДА НЕТ
4. Бывают ли у Вас припадки, обмороки..... ДА НЕТ
5. 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 головыДА НЕТ
- 11. Перенесенный гепатитДА НЕТ
- 12. СПИД, венерические заболеванияДА НЕТ
- 13. Периодически возникающие язвы полости языка, герпесДА НЕТ
- 14. Бруксизм (ночное скрежетание зубов)ДА НЕТ
- 15. Заболевания гайморовых пазухДА 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 (на) сообщить врачу об этом.

“ _____ ” _____ 20 _____ года

Подпись пациента _____