

Уважаемый пациент!

На процесс лечения у стоматолога могут оказывать 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 учётом Вашего здоровья и не будут доступны посторонним лицам.

Анкета

(заполняется пациентом)

Последнее посещение стоматолога _____
(указать месяц и год)

1. Аллергия (лекарственная, пищевая, другие) _____ да\нет
Симптомы _____

Чем копируется приступ _____

2. Группа крови _____ Резус-фактор _____

3. Страдаете ли Вы заболеваниями:
- сердца (стенокардия, сердечбиевание, отдышка) _____ да\нет
- почек _____ да\нет
- печени _____ да\нет
-желудочно-кишечного тракта _____ да\нет
-лёгких (бронхиальная астма) _____ да\нет

4. Страдаете ли Вы:
- повышенным артериальным давлением _____ да\нет
-пониженным артериальным давлением _____ да\нет

5. Бывают ли у Вас припадки, обмороки, головокружение _____ да\нет

6. Длительные кровотечения после порезов _____ да\нет

7. Диабет _____ да\нет

8. Беременность _____ да\нет

9. Принимаете лекарства (указать) _____

10. Были ли у Вас травмы головы _____ да\нет

11. Перенесённый гепатит _____ да\нет

12. СПИД, венерические заболевания _____ да\нет

13. Периодические возникающие язвы полости рта, герпес _____ да\нет

14. Бруксизм (ночное скрежетание зубами) _____ да\нет

15. Заболевание гайморовых пазух _____ да\нет

16. Употребляете ли Вы наркотики _____ да\нет

17. Курите ли Вы _____ да\нет

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

Мне известно, что только в случае обязательных профилактических осмотров (1 раз в 6 месяцев) можно рассчитывать на определённый срок результатов лечения, протезирования.

Я знаю, что в случае приёма лекарственных препаратов до начала приёма стоматолога должен(на) сообщить врачу об этом.

<< _____ >> _____ 20 _____ года.

Подпись пациента _____