

**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 \_\_\_\_\_