# Анкета о здоровье

**Уважаемый пациент!**

Врачу необходима информация о состоянии Вашего здоровья в целях обеспечения успешного и безопасного решения Ваших стоматологических проблем, так как процесс лечения и его ближайшие и отдаленные результаты могут быть связаны с заболеваниями различных органов и систем, приемом лекарств, физиологическими особенностями организма.

Внимательно заполните предлагаемую анкету. Мы гарантируем, что сведения, указанные Вами в анкете, будут использованы только в целях лечения и профилактики и не будут доступны посторонним лицам.

**Фамилия, Имя, Отчество** _____

**Профессия** _____

Последнее посещение стоматолога проводилось в …… году, в клинике…….

**Какую стоматологическую проблему вы хотели бы решить:** (нужное подчеркнуть)

а) купирование болевого синдрома б) снятие острой боли в)консультация

г)протезирование д)имплантация) е)лечение ж)профессиональная гигиена з)удаление зубов

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1. | Вирусный гепатит<br>Если да, то какого типа « »и когда …… | ДА | НЕТ |
| 2. | Туберкулез | ДА | НЕТ |
| 3. | Проводились ли Вам переливания крови<br>Если да, то когда …… и по какому поводу…..... | ДА | НЕТ |
| 4. | Проводились ли Вам инъекции за последние 6 месяцев | ДА | НЕТ |
| 5. | Есть ли у Вас язвы в полости рта | ДА | НЕТ |
| 6. | Была ли у Вас длительная необъяснимая лихорадка в последнее время | ДА | НЕТ |
| 7. | На данный момент есть ли у Вас боли в горле и затрудненное глотание | ДА | НЕТ |
| 8. | Имеете ли Вы постоянно увеличенные лимфатические узлы | ДА | НЕТ |
| 9. | Отмечаете ли Вы наличие багровых или красных участков на коже, сыпь | ДА | НЕТ |
| 10. | Отмечаете ли Вы потерю веса за последние 6 месяцев<br>Если да, то в чем, по Вашему мнению, причина похудения…….…… | ДА | НЕТ |
| 11. | Курите ли Вы<br>Если да, то как долго……. | ДА | НЕТ |
| 12. | Онкозаболевание, если да, то какое ……<br>давность ……... | ДА | НЕТ |
| 13. | Заболевание эндокринных органов | ДА | НЕТ |
| 14. | Заболевание кожи, если да, то какие …….<br>…….. | ДА | НЕТ |
| 15. | Заболевание мочевыделительной системы | ДА | НЕТ |
| 16. | Заболевание желудочно-кишечного тракта | ДА | НЕТ |
| 17. | Заболевания опорно-двигательного аппарата | ДА | НЕТ |
| 18. | Заболевания ЛОР-органов (ухо, горло, нос) | ДА | НЕТ |
| 19. | Травмы челюстно-лицевой области<br>Если да, то когда ……..…… и какие …… | ДА | НЕТ |
| 20. | Были ли у Вас операции под наркозом за последние полгода<br>Если да, то когда …… и по какому поводу ……...……... | ДА | НЕТ |
| 21. | Сахарный диабет | ДА | НЕТ |
| 22. | Порок сердца | ДА | НЕТ |
| 23. | Ишемическая болезнь сердца | ДА | НЕТ |
| 24. | Перенес острый инфаркт миокарда в ……..…..(когда) | ДА | НЕТ |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 25. | Установлен кардиостимулятор | ДА | НЕТ |
| 26. | Варикозная болезнь, тромбофлебит | ДА | НЕТ |
| 27. | Отмечаете ли Вы значительные изменения артериального давления:<br>• повышение артериального давления<br>• понижение артериального давления<br>каковы цифры обычного для Вас артериальногодавления…….. | <br>ДА<br>ДА | <br>НЕТ<br>НЕТ |
| 28. | Заболевания центральной нервной системы | ДА | НЕТ |
| 29. | Бывают ли у Вас периоды потери сознания или судорожные припадки | ДА | НЕТ |
| 30. | • Сотрясения головного мозга | ДА | НЕТ |
| 31. | Бронхиальная астма | ДА | НЕТ |
| 32. | Заболевания печени | ДА | НЕТ |
| 33. | Нарушения свертываемости крови<br>• были ли у Вас раньше длительные кровотечения после удаления зуба, хирургических вмешательств, травм<br>• легко ли у Вас образуются кровоподтеки (синяки)<br>страдаете ли Вы носовыми кровотечениями | ДА<br>ДА<br>ДА<br>ДА | НЕТ<br>НЕТ<br>НЕТ<br>НЕТ |
| 34. | Принимаете ли Вы **постоянно** какие-либо лекарства, если да то какие ……..…….. | ДА | НЕТ |
| 35. | СПИД, ВиЧ | ДА | НЕТ |
| 36. | Были ли у Вас аллергические реакции в виде головокружения или потери сознания, удушья, крапивницы, отека Квинке, зуда и покраснения кожи *(нужное подчеркнуть)* на:<br>• местные анестетики<br>• антибиотики<br>• сульфаниламидные препараты<br>• препараты йода<br>• гормональные средства<br>• пищевые продукты<br>• пыльца растений<br>• шерсть животных<br>• металлы<br>• аналгетики (анальгин, аспирин и др.)<br>другие аллергены (указать конкретно)<br>…….. | <br>ДА<br>ДА<br>ДА<br>ДА<br>ДА<br>ДА<br>ДА<br>ДА<br>ДА<br>ДА<br>ДА | <br>НЕТ<br>НЕТ<br>НЕТ<br>НЕТ<br>НЕТ<br>НЕТ<br>НЕТ<br>НЕТ<br>НЕТ<br>НЕТ<br>НЕТ |
| 37. | **Для женщин:**- беременны ли Вы<br>- являетесь ли Вы кормящей матерью | ДА<br>ДА | НЕТ<br>НЕТ |
| 38. | Откуда Вы узнали про нас? …… | | |

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

**Я знаю, что в случае использования лекарственных препаратов накануне стоматологического приема, должен(на) сообщить об этом врачу.**

**Я даю разрешение делать рентгеновские снимки, слепки, диагностические модели, фотографии и проводить любые другие лечебно-диагностические вмешательства, которые будут необходимы для постановки верного диагноза.**

**Я даю разрешение проводить необходимые лечебные мероприятия и использовать любого врача или ассистента, участие которого в моем лечении будет необходимо для достижения лучшего результата.**

**Я разрешаю сообщать информацию, полученную от меня и связанную с моим стоматологическим состоянием третьим лицам, оплачивающим мое лечение, близким родственникам и персоналу клиники исполнителя.**

**Я ознакомлен с прейскурантом и понимаю, что я ответственен за оплату услуг, оказанных мне в ООО «Бест-Стом»**

**«_____»_____20_____г.** **Подпись пациента _____**