

Ф.И.О. _____

Адрес _____

Контактные телефоны: _____

Дата рождения : _____

Профессия (род деятельности): _____

Как вы о нас узнали : _____

Дата последнего визита к стоматологу : _____ Причина : _____

Последующая информация является крайне важной для того, чтобы мы могли обеспечить Вас стоматологическим лечением в соответствии с Вашим общим состоянием здоровья. Ваша аккуратность при заполнении данной анкеты необходима для безопасности Вашего здоровья и эффективности стоматологического лечения. Неправильная информация может повредить Вашему здоровью.

-Нужно ответить на все вопросы.

-Если вопрос непонятен или вызывает затруднения, обсудите его с врачом.

-Все изменения в Вашем общем состоянии здоровья в процессе лечения должны быть сообщены нам при первой же возможности.

Находитесь ли вы в настоящее время под наблюдением врача-терапевта? да нет

Если ответ да, то по какой причине? _____

Принимаете ли Вы в настоящее время какие-либо лекарства? да нет

Если ответ да, то перечислите какие : _____

Имеете ли Вы: (если «да», то дайте краткое описание)

- 1) Нарушения системы кровообращения
 - а) Высокое давление..... да нет
 - б) Низкое давление..... да нет
 - в) Нарушение свертываемости крови..... да нет
- 2) Заболевания сердца..... да нет
если ответ да, то перечислите какие: _____
- 3) Заболевания щитовидной железы..... да нет
если ответ да, то перечислите какие: _____
- 4) Заболевания легких..... да нет
если ответ да, то перечислите какие: _____
- 5) Заболевания печени..... да нет
если ответ «да», то перечислите какие: _____
- 6) Заболевания почек..... да нет
если ответ «да», то перечислите какие: _____
- 7) Заболевания желудочно-кишечного тракта..... да нет
если ответ да, то перечислите какие: _____
- 8) Инфекционные заболевания да нет
если ответ да, то перечислите какие: _____
- 9) Заболевания нервной системы..... да нет
если ответ да, то перечислите какие: _____
- 10) Паралич, парез, конвульсии, судороги, потери сознания, обмороки..... да нет
если ответ да, то перечислите какие: _____
- 11) СПИД, ВИЧ, венерические болезни..... да нет
если ответ да, то какие: _____
- 12) Гемофилия..... да нет
- 13) Аллергия на лекарства..... да нет
если ответ да, то на какие: _____
- 14) Хирургические операции и переливания крови (за последние 6 мес.)..... да нет
если ответ да, то перечислите, какие и когда: _____
- 15) Имеются ли у Вас какие – нибудь другие проблемы со здоровьем, о которых Вам известно?
..... да нет
- 16) Для женщин беременны ли Вы..... да нет

Добавьте то, что Вы считаете важным _____
НАБЛЮДАЛИСЬ ЛИ У ВАС ПРИ ПРЕДЫДУЩЕМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ:
Аллергические реакции..... да нет
Если да, на какие препараты _____
Продолжительные кровотечения..... да нет
Какие – либо другие осложнения во время или после стоматологического лечения да нет
Если да то какие _____

УДОСТОВЕРЯЮ, что все мои ответы правильны _____

/подпись/