

АНКЕТА О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ

Сообщенные Вами сведения позволят врачу подобрать эффективную анестезию, лекарства и методы лечения, правильно составить план. Врач пояснит (в оправданных случаях): есть ли связь между Вашим общим здоровьем и состоянием полости рта.

По каждому пункту анкеты надо отвечать **ДА** или **НЕТ**. Ваши данные составляют врачебную тайну, и не будут доступны посторонним лицам.

Последнее посещение врача стоматолога (месяц, год): _____

НАБЛЮДАЛИСЬ ЛИ У ВАС РАНЕЕ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ:		
Аллергические реакции	ДА	НЕТ
Продолжительные кровотечения	ДА	НЕТ
Какие-либо другие осложнения во время или после стоматологического лечения. _____	ДА	НЕТ
Заболевания сосудов	ДА	НЕТ
ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
Заболевания сердца	ДА	НЕТ
Наличие кардиостимулятора	ДА	НЕТ
Повышение или понижение артериального давления	ДА	НЕТ
Заболевания дыхательной системы	ДА	НЕТ
Бронхиальная астма	ДА	НЕТ
Заболевания желудочно-кишечного тракта	ДА	НЕТ
Гепатит (желтуха)	ДА	НЕТ
Заболевания щитовидной, паращитовидной железы, др. желез	ДА	НЕТ
Сахарный диабет	ДА	НЕТ
Травмы головы или шеи	ДА	НЕТ
Эпилепсия и др. заболевания центральной и периферической нервной системы	ДА	НЕТ
Заболевания крови	ДА	НЕТ
Нарушение свертываемости крови	ДА	НЕТ
Заболевания уха, горла, носа	ДА	НЕТ
Глаукома (повышение внутриглазного давления)	ДА	НЕТ
Заболевание костной системы, суставов	ДА	НЕТ
Заболевания кожи, венерические заболевания	ДА	НЕТ
Проводилось исследование на СПИД (если «да» – какой результат) – плюс или минус	ДА	НЕТ
Инфекционные заболевания.		
Головные боли (в том числе беспричинные)	ДА	НЕТ
Бывает головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов	ДА	НЕТ
Проводилось лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет	ДА	НЕТ

Другие заболевания (указать):

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ

Постоянно или периодически принимаю лекарственные препараты Если «да», то какие: _____	ДА	НЕТ
Ваша работа связана (ранее или сейчас) с вредными факторами: химическими, физическими (излучения, высокое давление, температура, вибрации и т.д.)	ДА	НЕТ
Наличие болей и щелканье в нижнечелюстном суставе	ДА	НЕТ
Кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная)	ДА	НЕТ
Появление герпеса «простуды» на губах с периодичностью _____ в год	ДА	НЕТ
Появление трещин губ, заед	ДА	НЕТ
Изменилось положение губы (верхней, нижней) или изменилась улыбка	ДА	НЕТ
Бруксизм (ночное скрежетание зубами)	ДА	НЕТ
Периодическое появление язв в полости рта	ДА	НЕТ
Периодическая или постоянная сухость во рту	ДА	НЕТ
Хотелось бы изменить цвет или форму зубов	ДА	НЕТ
Чувствую запах изо рта	ДА	НЕТ
Вредные привычки (курение, прием алкоголя и наркотических средств)	ДА	НЕТ
ДЛЯ ПАЦИЕНТОК:		
Вы беременны	ДА	НЕТ
Являетесь кормящей матерью	ДА	НЕТ

Мои ответы на пункты анкеты были искренними. Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее: _____

Я несу полную ответственность за достоверность предоставленной информации.

Мне известно, что от состояния моего здоровья зависят:

- результаты лечения;
- гарантии на каждую работу, выполненную врачом.

Я знаю:

- что в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога мне надо сообщить ему об этом;
- что анкету о здоровье надо заполнять вновь каждые полгода.

“ ____ ” _____ 20__ г.

Подпись пациента _____