|  |
| --- |
| На успешность лечения может оказывать влияние общее состояние здоровья пациента, в том числе имеющиеся у него заболевания. Существует ряд заболеваний и особых состояний организма, которые могут являться противопоказаниями для некоторых медицинских вмешательств. |
|
| Вот почему врачу важны сведения о состоянии Вашего здоровья. Они помогут правильно выбрать подходящее Вам лечение, предоставить обоснованные гарантии на выполненные работы. |
|
| Просим Вас достоверно и внимательно заполнить этот бланк. Вся предоставленная Вами информация является медицинской тайной и не может быть передана третьим лицам. |
|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **АНКЕТА ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Пациент: |  |
| Дата рождения: |  |
| Телефон: |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сведения о законном представителе Пациента (если Пациенту не исполнилось 18 лет): |
| Законный представитель пациента: |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Отвечая на вопросы анкеты, давайте ответ ДА или НЕТ по каждому пункту. |
| Последнее посещение врача стоматолога: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  | (указать месяц и год) |  |  |
| **ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ** |
| Заболевания сердца | ДА | НЕТ |
| Инфаркт миокарда | ДА | НЕТ |
| Наличие кардиостимулятора | ДА | НЕТ |
| Заболевания сосудов | ДА | НЕТ |
| Инсульт | ДА | НЕТ |
| Повышение или понижение артериального давления | ДА | НЕТ |
| Заболевания легких | ДА | НЕТ |
| Бронхиальная астма | ДА | НЕТ |
| Заболевания желудочно-кишечного тракта | ДА | НЕТ |
| Заболевания печени | ДА | НЕТ |
| Заболевания почек | ДА | НЕТ |
| Заболевания щитовидной, паращитовидной железы, др. желез | ДА | НЕТ |
| Сахарный диабет | ДА | НЕТ |
| Травмы | ДА | НЕТ |
| Сотрясение головного мозга | ДА | НЕТ |
| Эпилепсия и др. заболевания центральной и периферической нервной системы | ДА | НЕТ |
| Заболевание крови | ДА | НЕТ |
| Нарушение свертываемости крови | ДА | НЕТ |
| Заболевания ЛОР органов (уха, горла, носа) | ДА | НЕТ |
| Заболевание костной системы, суставов | ДА | НЕТ |
| Заболевания кожи | ДА | НЕТ |
| Нейродермит | ДА | НЕТ |
| Проводилось ли исследование на ВИЧ | ДА | НЕТ |
| если ДА, то каков результат | положительный | отрицательный |
| Грибковые заболевания (были, есть) | ДА | НЕТ |
| Была ли длительная необъяснимая лихорадка | ДА | НЕТ |
| Постоянно увеличены лимфатические узлы (железы) | ДА | НЕТ |
| Беспричинные головные боли | ДА | НЕТ |
| Отмечалась ли потеря веса в последние 6 месяцев | ДА | НЕТ |
| Венерические заболевания | ДА | НЕТ |
| Являетесь ли Вы донором | ДА | НЕТ |
| Проводились ли переливания крови (когда) | ДА | НЕТ |
| Инфекционные заболевания | ДА | НЕТ |
| Проводилась ли лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет | ДА | НЕТ |
| Другие заболевания | ДА | НЕТ |
| Ваша работа связана (ранее или сейчас) с вредными факторами: химическими, физическими (излучения, высокое давление, вибрации и т.д.) | ДА | НЕТ |
| Бывает ли головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов | ДА | НЕТ |
| Есть ли инвалидность | ДА | НЕТ |

|  |
| --- |
| **АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ:** |
| \* на местные анестетики | ДА | НЕТ |
| \* на антибиотики | ДА | НЕТ |
| \* на сульфанилимиды | ДА | НЕТ |
| \* на препараты йода | ДА | НЕТ |
| \* на гормональные препараты | ДА | НЕТ |
| \* на другие лекарственные препараты | ДА | НЕТ |
| \* на пыльцу и растения | ДА | НЕТ |
| \* на шерсть животных | ДА | НЕТ |
| \* на другие вещества | ДА | НЕТ |
| \* на пищевые продукты | ДА | НЕТ |
| Постоянно или периодически принимаю лекарственные препараты, какие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ДА | НЕТ |
| Проводилось ли лечение иных заболеваний за прошедшие дни, недели, месяцы | ДА | НЕТ |
| Состою на учете в лечебном учреждении | ДА | НЕТ |
| **ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, КАСАЮЩАЯСЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ** |
| При прохождении стоматологического лечения в прошлом были: |
| - Аллергические реакции | ДА | НЕТ |
| - Продолжительное кровотечение | ДА | НЕТ |
| - Потеря сознания | ДА | НЕТ |
| - Какие-либо другие осложнения во время и после лечения | ДА | НЕТ |
| **СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ** |
| 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 |
| Хотелось бы изменить цвет или форму зубов | ДА | НЕТ |
| Периодическая или постоянная сухость во рту | 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 ли Вы кормящей матерью | ДА | НЕТ |
| Имеется ли нарушение менструального цикла | ДА | НЕТ |
| Постоянно или периодически принимаете противозачаточные препараты | ДА | НЕТ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Я откровенно и честно ответил(а) на вопросы анкеты.Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее: |
|  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Мне известно, что от состояния моего здоровья зависят:• результаты лечения;• гарантии на овеществленные результаты предоставленных медицинских услуг.Я знаю:• что в случае приема лекарственных препаратов, изменениях в состояния моего здоровья, перед посещением стоматолога, мне надо сообщать ему об этом.• что сведения о состоянии здоровья надо обновлять один раз в шесть месяцев. |
|
|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***Я разрешаю / не разрешаю администраторам клиники звонить по указанным мной в анкете телефонам, чтобы напомнить о приёме, контрольном осмотре или сообщить о других изменениях в расписании клиники.*** |
|  |
| Дата: «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_года |
| Подпись пациента (законного представителя пациента): |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| / |  | / |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |