|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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): | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| / | | | |  | | | | | | / |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |