

АНКЕТА О ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТА

Уважаемый пациент!

Необходимо **отметить** нужный вариант ответа «ДА» или «НЕТ» по каждому пункту (**подчеркнуть** при необходимости). **Конфиденциальность гарантируется.** Сведения помогут правильно составить план лечения, обеспечить безопасность и эффективность проведения лечебных мероприятий дать обоснованные гарантии на выполненную работу. **Неправильная информация может повредить Вашему здоровью!**

Заболевание	Да	Нет
Заболевание сердца (Инфаркт миокарда, Инсульт), хирургия на сердце, пороки сердца, стенокардия, шумы в сердце.		
Эпилепсия, другие заболевания центральной и периферической нервной системы		
Заболевания щитовидной, паращитовидной и др. желез		
Заболевания легких, бронхиальная астма, пыльцевая аллергия		
Сахарный диабет		
Постоянно увеличены лимфатические узлы (железы)		
Артериальное давление (повышенное, пониженное), аритмия, анемия		
Нарушение свертываемости крови		
Заболевание печени, почек		
Заболевания желудочно-кишечного тракта, повышенный рвотный рефлекс. Дисбактериоз кишечника		
Заболевания ЛОР органов (уха, горла, носа)		
Заболевания гайморовых пазух		
Заболевания костной системы, суставов, кожи		
Туберкулез		
Венерические заболевания		
СПИД, Гепатиты. А В С		
Проводилось ли переливание крови		
Онкология (лучевая терапия, химиотерапия, операции за последние 10 лет)		
Другие заболевания:		

Аллергический анамнез.

Аллергические реакции на (указать на что у Вас возникают аллергические реакции , в том числе и лекарственные препараты на которые возникает аллергия): _____

Бывает ли одышка, головокружение, потеря сознания и.т.д. при введении анестетиков или других лекарственных препаратов		
---	--	--

Для пациенток.

Беременны ли Вы? Являетесь ли Вы кормящей матерью?		
--	--	--

Стоматологический анамнез.

Последнее посещение врача стоматолога _____

Наличие болей, щелканья в нижнечелюстном суставе, Бруксизм (скрежетание зубами)		
Кровоточивость десен		
Появление герпеса («простуды») на губах _____ раз в год		
Периодическая сухость во рту		
Чувствуется запах изо рта		
Наблюдались ли какие-либо другие осложнения во время или после стоматологического лечения: _____		

При даче не полной или ложной информации о хронических и инфекционных заболеваниях, так же хирургических операциях на жизненно-важных органах (трансплантация, имплантация, кардиостимуляторы) – КЛИНИКА ОТВЕТСТВЕННОСТИ НЕ НЕСЕТ!
Я, _____ достоверно ответил(а) на пункты анкеты.

« ____ » _____ 20__ г.

Подпись _____