

АНКЕТА О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ _____ (номер карты)

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 «+», т.е. ДА или «-», т.е. НЕТ. Ваши данные составляют врачебную тайну, и не будут доступны посторонним лицам.

Последнее посещение врача стоматолога (месяц, год): _____

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:	
Заболевания сердца	
Инфаркт миокарда	
Наличие кардиостимулятора	
Заболевания сосудов	
Инсульт	
Повышение или понижение артериального давления	
Бронхиальная астма	
Заболевания желудочно-кишечного тракта	
Заболевания щитовидной, парашитовидной железы, др. желез	
Сахарный диабет	
Травмы	
Эпилепсия и др. заболевания центральной и периферической нервной системы	
Заболевание крови	
Нарушение свертываемости крови	
Заболевания уха, горла, носа	
Глаукома (повышение внутриглазного давления)	
Заболевание костной системы, суставов	
Заболевания кожи	
Нейродермит	
СПИД	
Гепатит В, С	
Венерические заболевания	
Инфекционные заболевания	
Головные боли (в том числе беспричинные)	
Бывает головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов	
Проводилось лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет	
Другие заболевания (указать):	
АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ:	
* на местные анестетики	
* на антибиотики	
* на сульфаниламиды	
* на препараты йода	
* на гормональные препараты	
* на другие лекарственные препараты (указать):	
* на пыльцу и растения	
* на пищевые продукты	
* на шерсть животных	
* на другие вещества	

ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В НАСТОЯЩЕМ ВРЕМЕНИ ИЛИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ:	
Лечусь, проводилось лечение (когда):	
Состою на учете в лечебном учреждении:	
Последнее общемедицинское обследование проводилось месяц год	
Проводились переливания крови (когда):	
Проводились инъекции (внутримышечные, подкожные и др.) за последние 6 месяцев	
Постоянно или периодически принимаю лекарственные препараты если ДА, то какие:	
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ:	
Являюсь донором	
Ваша работа связана (ранее или сейчас) с вредными факторами: химическими, физическими (излучения, высокое давление, температура, вибрации и т.д.)	
ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, КАСАЮЩАЯСЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ:	
При прохождении стоматологического лечения в прошлом были: аллергические реакции продолжительное кровотечение какие-либо другие осложнения во время или после лечения	
Наличие болей и шелканье в нижнечелюстном суставе	
Кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная)	
Появление герпеса «простуды» на губах с периодичностью в год	
Появление трещин губ	
Изменилось положение губы (верхней, нижней) или изменилась улыбка	
Бруксизм (ночное скрежетание зубов)	
Периодическое появление язв в полости рта	
Периодическая или постоянная сухость во рту	
Чувствую запах изо рта	
Вредные привычки (курение, люблю грызть семечки и т.п.)	
ДЛЯ ПАЦИЕНТОК:	
Вы беременны	
Являетесь кормящей матерью	
Проводились ли за последние 6 месяцев инвазивные косметологические процедуры: пластика лица, мезотерапия, биоревитализация и др.	

Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее: _____

Мои ответы на пункты анкеты были искренними.
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.
“ ” 20 г
“ ” 20 г
“ ” 20 г

Подпись пациента _____
Подпись врача _____
Подпись врача _____
Подпись врача _____