

дата заполнения « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

### УВАЖАЕМЫЙ ПАЦИЕНТ

На процесс лечения у стоматолога могут оказать влияние общие заболевания, поэтому просим Вас внимательно заполнить эту анкету.

Мы гарантируем, что сведения, указанные Вами в анкете, будут использованы только для подбора лечения и не будут доступны посторонним лицам.

### КАРТА ЗДОРОВЬЯ (заполняется законным представителем пациента)

ФИО \_\_\_\_\_  
(полностью Ф.И.О. пациента)

дата рождения « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

ФИО \_\_\_\_\_  
(полностью Ф.И.О. законного представителя)

телефон: +7 \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

### Аллергический анамнез

Указать, на что возникают аллергические реакции, в том числе лекарственные препараты

Последнее посещение врача стоматолога \_\_\_\_\_ (месяц и год)

Артериальное давление \_\_\_\_\_

Наличие болей, щёлканья в нижнечелюстном суставе  да  нет

Бруксизм (скрежетание зубами)  да  нет

Кровоточивость дёсен при чистке зубов  да  нет

Появление герпеса на губах  да  нет

Появление трещин губ, заед  да  нет

Появление высыпаний в полости рта  да  нет

Сухость во рту  да  нет

Запах изо рта  да  нет

Склонность к кровотечениям и кровоизлияниям  да  нет

Проводилось ли переливание крови?  да  нет

Если да, по какому поводу \_\_\_\_\_

Хорошо ли переносится обезболивание?  да  нет

Если нет, какие были осложнения \_\_\_\_\_

Принимаются ли постоянно лекарственные препараты?  да  нет

Если да, какие \_\_\_\_\_

Бывает ли одышка, головокружение, потеря сознания и т.д. при введении анестетиков или

других лекарственных препаратов  да  нет

Был ли ранее негативный опыт лечения у стоматолога?  да  нет

Если да, как проходило лечение \_\_\_\_\_

### Отметьте состояния, которые у Вас были или имеются в настоящее время

Сердечные заболевания	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Сахарный диабет	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Стенокардия	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Заболевания почек	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Аритмия	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Заболевания печени	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Наличие кардиостимулятора	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Заболевания ЖКТ	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Гипертония	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Заболевания щитовидной железы	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Гипотония	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Заболевания гайморовых пазух	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Анемия	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Астма	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Гемофилия	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Пневмония	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Инсульт	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Туберкулёз	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Неврозы	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Хронический бронхит	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Эпилепсия	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	ВИЧ-инфекция	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Заболевания нервной системы	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Гепатиты А, В, С	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Заболевания глаз	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Венерические заболевания	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Заболевания крови	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Лучевая терапия / химиотерапия	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Заболевания лёгких	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет	Ревматизм	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

Другие заболевания (указать)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Проводилось ли лечение других заболеваний за прошедшие дни, недели, месяцы	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Состою на учёте в лечебном учреждении (указать)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

Я достоверно ответил(а) на все пункты анкеты. Дополнительно хочу сообщить о состоянии здоровья следующее: \_\_\_\_\_

Мне известно, что результаты лечения (выполнения работ) зависят от состояния здоровья.

Я знаю, что в случае приёма лекарственных препаратов перед посещением стоматолога, необходимо сообщить об этом врачу.

Я проинформирован(а) о необходимости ортопантограммы перед стоматологическим лечением и по завершении плана лечения, а также о том, что при необходимости будут сделаны дополнительно прицельные рентгеновские снимки.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(подпись законного представителя пациента)