

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 пациентом)

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

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

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

Адрес \_\_\_\_\_

Профессия \_\_\_\_\_

### Аллергический анамнез

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

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

Какое у Вас 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

Курите ли Вы?  да  нет

Злоупотребляете алкоголем?  да  нет

Употребляете наркотические средства?  да  нет

Являетесь ли Вы донором?  да  нет

Склонность к кровотечениям и кровоизлияниям  да  нет

Проводилось ли Вам переливание крови?  да  нет

Если да, по какому поводу \_\_\_\_\_

Хорошо ли Вы переносите обезболивание?  да  нет

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

Принимаете ли Вы лекарственные препараты?  да  нет

Если да, какие \_\_\_\_\_

Вредные условия труда  да  нет

Если да, какие \_\_\_\_\_

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

других лекарственных препаратов  да  нет

### Для женщин

Беременны ли Вы?  да  нет Если да, укажите срок \_\_\_\_\_

Находитесь ли в периоде лактации?  да  нет

### 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

Был ли ранее негативный опыт лечения у стоматолога?  да  нет

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

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

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

Я знаю, что в случае приёма лекарственных препаратов перед посещением стоматолога мне 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 пациента)