

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 диагнозы, которые у Вас были или имеются в настоящее время

Сердечные заболевания	Сахарный диабет
Наличие кардиостимулятора	Заболевания почек
Заболевания крови	Заболевания печени
Заболевания нервной системы	Заболевания ЖКТ
Эпилепсия	Заболевания щитовидной железы
Заболевания лёгких	Заболевания гайморовых пазух
Заболевания глаз	Венерические заболевания
ВИЧ-инфекция	Лучевая терапия / химиотерапия
Гепатиты А, В, С	Ревматизм

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)