

Анкета состояния здоровья

Дата _____
Фамилия Имя Отчество _____
Адрес _____
Контактный телефон _____
Дата рождения _____ Пол М Ж
Профессия _____
Причина визита _____

Последующая информация является крайне важной для того, чтобы мы могли обеспечить Вас стоматологическим лечением в соответствии с Вашим общим состоянием здоровья. Предоставленная Вами информация необходима для безопасности Вашего здоровья и эффективности стоматологического лечения. Неправильная информация может повредить Вашему здоровью.

Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением общего врача?	ДА	НЕТ
Если ДА, то по какой причине? _____		
Принимаете ли ВЫ в настоящее время какие-нибудь лекарства?	ДА	НЕТ
Если ДА, перечислите названия лекарств _____		
<i>Лечитесь ли Вы в настоящее время или лечились раньше по поводу следующих заболеваний: (если ДА, то дайте короткое описание)</i>		
Заболевание печени, гепатит А, В, С, Д, цирроз _____	ДА	НЕТ
Венерические болезни, СПИД _____	ДА	НЕТ
Аллергические реакции на обезболивающие, антибактериальные лекарства, прививки _____	ДА	НЕТ
Повышенное или пониженное артериальное давление _____	ДА	НЕТ
Инфаркт миокарда, стенокардия, хирургические операции на сердце, аритмия сердца _____	ДА	НЕТ
Ревматизм, ревматическое поражение сердца, шумы в сердце, врожденные пороки сердца _____	ДА	НЕТ
Анемия, гемофилия и др. заболевания крови _____	ДА	НЕТ
Бронхиальная астма, туберкулез, аллергические реакции _____	ДА	НЕТ
Сахарный диабет, заболевание щитовидной железы _____	ДА	НЕТ
Желудочно-кишечные заболевания _____	ДА	НЕТ
Заболевания почек и мочепускающих путей _____	ДА	НЕТ
Злокачественные образования, химиотерапия, радиологическое лечение _____	ДА	НЕТ
Паралич, парез, обмороки, потеря сознания _____	ДА	НЕТ
Артриты, артрозы, искусственные суставы _____	ДА	НЕТ
Заболевания височно-нижнечелюстного сустава _____	ДА	НЕТ
Травмы головы (сотрясения или ушибы головного мозга) _____	ДА	НЕТ
Хирургические операции, переливания крови _____	ДА	НЕТ
Автомобильные аварии _____	ДА	НЕТ
Добавьте то, что считаете нужным _____		

Наблюдались ли у Вас при предыдущем лечении у стоматолога:

Аллергические реакции	ДА	НЕТ
Продолжительные кровотечения из лунки удаленного зуба или слизистой оболочки десны	ДА	НЕТ
Какие-либо другие осложнения во время или после лечения у стоматолога	ДА	НЕТ

Для женщин

Беременны ли ВЫ? ДА НЕТ

Насколько мне известно, я верно ответил(а) на все вопросы.

Подпись