Уважаемый пациент!

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

Вам необходимо дать полные и правильные ответы на все вопросы. Если вопрос непонятен или Вы не уверены в ответе, обсудите этот вопрос с врачом.

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

АНКЕТА ПАЦИЕНТА

Дата _____
Фамилия _____
Имя _____
Отчество _____
Адрес _____
Профессия _____
Дата рождения _____ Пол _____
Телефоны: домашний _____
рабочий _____
мобильный _____
Если Вы заполняете документ за другое лицо, то какое Вы имеете к нему отношение?
_____

В следующих вопросах отметьте Да или Нет - то, что подходит.

№	Вопрос	Да	Нет
1.	Здоровы ли Вы?		
2.	Находитесь ли Вы под наблюдением у врача? Если да, то укажите причину ……..		
3.	Были ли у Вас госпитализации или серьезные заболевания за последние 5 лет? Если да, то какое было лечение ……..		
4.	Принимаете ли Вы какие-либо препараты, в том числе и без рецепта врача? Если да, то укажите какие …… …….		
5.	Были ли у Вас ранее или имеются сейчас перечисленные ниже заболевания? * Заболевания клапанов сердца, искусственные клапана сердца, сердечные шумы или ревматические пороки сердца?		
	* Сердечно- сосудистые заболевания (сердечная недостаточность, стеноз коронарных артерий, высокое (низкое) кровяное давление, атеросклероз, инсульт)?		
	- Бывает ли у Вас боль в груди при физической нагрузке?		
	- Всегда ли у Вас одышка после небольшой нагрузки?		
	- Нет ли у Вас врожденного порока сердца?		
	- Не установлен ли Вам сердечный стимулятор?		
	* Аллергия		
	* Заболевание придаточных пазух носа		
	* Астма и сенная лихорадка		
	* Потеря сознания или эпилептические припадки		
	* Постоянная диарея и потеря веса		
	* Диабет		
	* Гепатит, желтуха или заболевания печени, герпес, скарлатина		
	* СПИД или ВИЧ - инфекция		

HiTech CLINIC
Стоматологическая клиника

	* Заболевания щитовидной железы		
	* Забеливания легких, бронхит и т.д.		
	* Артрит, боли и отеки суставов		
	* Язва желудка или повышенная кислотность		
	* Болезни почек		
	* Туберкулез, постоянный кашель или кровохарканье		
	* Венерические заболевания		
	* Эпилепсия или другие нервные болезни		
	* Психические заболевания, онкологические заболевания		
	* Нарушения иммунной системы		
	* Повышенная кровоточивость, анемия, гемофилия (несвертываемость крови)		
	- Делалось ли Вам переливание крови?		
6.	Есть ли у Вас заболевания крови?		
7.	Есть ли у Вас доброкачественные, злокачественные опухоли?		
8.	Проводилось ли Вам лечение по поводу новообразований?		
9.	Курите ли Вы?		
10.	Есть ли у Вас аллергия или были побочные реакции на: - Местные анестетики, пенициллин или другие антибиотики, сульфаниламидные препараты, барбитураты, седативные или снотворные, аспирин, йод, кодеин или другие наркотические препараты Другие препараты……		
11.	Были ли у Вас травмы головы или шеи?		
12.	Проводилось ли Вам лечение нижнечелюстного сустава?		
13.	Есть ли у Вас какие-либо проблемы, связанные со стоматологическим лечением? Если да, то укажите какие …… …….		
14.	Есть ли у Вас какие-либо другие заболевания, состояния или проблемы, не указанные выше, о которых, по Вашему мнению, нужно сообщить врачу? Если да, то укажите какие …… …….		
15.	Носите ли Вы контактные линзы?		
16.	Носите ли Вы съемные зубные протезы?		
Для женщин			
17.	Не беременны ли Вы?		
18.	Некормите ли Вы грудью?		
19.	Есть ли у Вас какие-либо проблемы, связанные с месячными?		
20.	Принимаете ли Вы противозачаточные средства?		

Основная стоматологическая жалоба …….
……..

Я подтверждаю, что прочел и понял вышеуказанный текст. Я подтверждаю, что получил исчерпывающие ответы на все вопросы, возникшие при чтении текста. Я не буду предъявлять претензий к лечащему стоматологу и другим сотрудникам клиники за любые ошибки и неточности, которые я допустил при заполнении данной формы.
Я даю разрешения делать рентгеновские снимки, диагностические модели, фотографии и проводить любые диагностические мероприятия, которые необходимы для постановки диагноза.
Я разрешаю сообщать информацию, полученную от меня и связанную с моим стоматологическим состоянием, третьим лицам, оплачивающим мое лечение, или другому врачу.

"_____" _____20__г. Подпись_____ /_____/

HITECH CLINIC
Стоматологическая клиника