

Анкета о Вашем здоровье

Последующая информация является крайне важной для обеспечения Вас эффективным стоматологическим лечением в соответствии с Вашим общим состоянием здоровья. Сообщаемые Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны третьим лицам. *В случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога, обязательно сообщите врачу об этом.*

ФИО пациента		
Дата рождения		
Общие сведения о здоровье:		
Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением врача? Если «ДА», то укажите причину.	ДА	НЕТ
Последнее посещение врача стоматолога (месяц, год)		
Ваш обычный уровень артериального давления		
Принимаете ли Вы в настоящее время какие-либо лекарства? Если «ДА», то перечислите наименования:	ДА	НЕТ
Были операции в области лица?	ДА	НЕТ
Бывают ли боли, напряжение, усталость мышц?	ДА	НЕТ
Если Вы лечились в настоящее время (лечились ранее) или у вас есть следующие заболевания:		
Заболевания органов пищеварения	ДА	НЕТ
Заболевания печени (гепатит А, В, С)	ДА	НЕТ
Заболевания крови (гемофилия, анемия)	ДА	НЕТ
Эндокринные заболевания (диабет)	ДА	НЕТ
Онкологические заболевания	ДА	НЕТ
Венерические заболевания, сифилис, СПИД	ДА	НЕТ
Вирус герпеса	ДА	НЕТ
Есть ли у Вас аллергические реакции. Если «ДА», то на что:	ДА	НЕТ
Сведения о вашем стоматологическом статусе. При прохождении стоматологического лечения в прошлом были:		
Аллергические реакции на лекарственные препараты и металл	ДА	НЕТ
Продолжительные кровотечения	ДА	НЕТ
Осложнение вовремя и после лечения	ДА	НЕТ
Наличие болей щелчков в нижнечелюстном суставе	ДА	НЕТ
Вредные привычки (курение, употребление алкоголя)	ДА	НЕТ
Уход за полостью рта. Какими средствами вы пользуетесь:		
Монопучковая щетка	ДА	НЕТ
Ортодонтическая/хирургическая щетка	ДА	НЕТ
Зубной ершик	ДА	НЕТ

Скребок для языка	ДА	НЕТ
Ирригатор	ДА	НЕТ
Для женщин:		
Вы беременны?	ДА	НЕТ
Являетесь кормящей мамой?	ДА	НЕТ

Мне известно, что от состояния моего здоровья зависят результаты лечения и гарантии на каждую работу, выполненную врачом.

Дата _____ 20__ г. Пациент _____ Врач _____