

## УВАЖАЕМЫЙ ПАЦИЕНТ!

На процессе 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 с учетом Вашего здоровья и не будут доступны посторонним лицам.

### АНКЕТА

(заполняется пациентом)

О своем здоровье сообщаю следующее: последнее посещение врача-стоматолога (указать месяц и год) \_\_\_\_\_

1. Аллергия (лекарственная, пищевая, другие)

Симптомы \_\_\_\_\_

Чем купируется

приступ \_\_\_\_\_

2. Группа крови \_\_\_\_\_ Резус-фактор \_\_\_\_\_

3. Страдаете ли Вы заболеваниями:

- сердца (стенокардия, сердцебиение, одышка) \_\_\_\_\_

- почек \_\_\_\_\_

- печени \_\_\_\_\_

- желудочно-кишечного тракта \_\_\_\_\_

- легких (бронхиальная астма) \_\_\_\_\_

4. Страдаете ли Вы:

- повышенным артериальным давлением \_\_\_\_\_

- пониженным артериальным давлением \_\_\_\_\_

5. Бывают ли у Вас припадки, обмороки, головокружения \_\_\_\_\_

6. Длительные кровотечения после порезов \_\_\_\_\_

7. Диабет \_\_\_\_\_

8. Беременность \_\_\_\_\_

9. Принимаемые лекарства (указать) \_\_\_\_\_

10. Были ли у вас травмы головы \_\_\_\_\_

11. Перенесенный гепатит \_\_\_\_\_

12. СПИД, венерические заболевания \_\_\_\_\_

13. Периодически возникающие язвы полости рта, герпес \_\_\_\_\_

14. Бруксизм (ночное скрежетание зубами) \_\_\_\_\_

15. Заболевание гайморовых пазух \_\_\_\_\_

16. Употребляете ли Вы наркотики \_\_\_\_\_

17. Курите ли Вы \_\_\_\_\_

18.

19.

Я искренне ответил(а) на все пункты анкеты, хочу дополнительно сообщить о состоянии своего здоровья следующее:

---

---

---

Мне известно, что в случае обязательных профилактических осмотров (1 раз в 6 месяцев) можно рассчитывать на определенный срок результатов лечения, протезирования.

Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов до начала приема стоматолога должен(на) сообщить врачу об этом.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Подпись пациента \_\_\_\_\_