Анкета здоровья

ФИО_____

Последующая информация является крайне важной для того, чтобы мы могли обеспечить Вас стоматологическим лечением в соответствии с Вашим общим состоянием здоровья. Достоверность этой информации необходима для безопасности Вашего здоровья и эффективности стоматологического лечения. Неправильная информация может повредить Вашему здоровью. Мы гарантируем, что сведения указанные Вами в анкете будут использованы только для подбора методов лечения с учетом общего состояния Вашего здоровья и не будут доступны посторонним лицам.

* **Нужно ответить на все вопросы.**
* **Если вопрос не понятен или Вы не уверены в ответе, обсудите этот вопрос с врачом.**
* **Все изменения в Вашем общем состоянии здоровья в будущем должны быть сообщены нам при первой же возможности.**

Лечитесь ли Вы сейчас или лечились раньше по поводу общих заболеваний:

Заболевания:	ДА	НЕТ
сердца		
сосудов		
крови		
печени		
почек		
щитовидной, паращитовидной и др. желез		
легких		
кожи		
костной системы, суставов		
желудочно-кишечного тракта		
венерические		
глаз		
лор органов (уха, горла, носа)		
гайморовых пазух		
грибковые		
центральной и периферической нервной системы		
инфекционные		
СПИДа		

Наблюдаете ли Вы у себя аллергические реакции на следующие раздражители:

Раздражитель:	ДА	НЕТ
Местные анестетики		
Антибиотики		
Сульфаниламиды(группа антимикробных лекарственных средств)		
Препараты йода		
Гормональные препараты		
Другие лекарственные препараты (перечислите)-		
Пищевые продукты		
Пыльцу и растения		
Шерсть животных		
Другие аллергены, вещества(перечислите)-		

Вопросы, которые более подробно информируют нас о состоянии Вашего здоровья:

Вопрос:	ДА	НЕТ
наличие кардиостимулятора		
инфаркт миокарда, стенокардия, хирургия на сердце, нерегулярный ритм		
ревматические поражения сердца, шумы, врожденные пороки сердца		

Лечитесь ли Вы сейчас или лечились раньше по поводу общих заболеваний:	ДА	НЕТ
головокружение, одышка при введении анестетиков и других лекарственных средств		
повышенное/пониженное кровяное давление (нужное ПОДЧЕРКНУТЬ)		
сахарный диабет		
эпилепсия		
бронхиальная астма		
бруксизм (ночное скрежетание зубами)		
глаукома		
рак, радиологическое лечение или химиотерапия		
гепатит, желтуха		
почечные или мочеиспускательные проблемы, диализ		
паралич, парез, конвульсии, потери сознания, обмороки		
артрит		
искусственные суставы (бедро, колено)		
гемофилия (нарушение свертываемости крови)		
хирургические операции и переливание крови		
язвы полости рта		
длительная необъяснимая лихорадка		
длительные боли в горле или затрудненное дыхание		
постоянно увеличенные лимфатические узлы, железы		
ночная потливость		
головные боли		
периодическая или постоянная сухость во рту		
травмы головы и шеи		
проводились ли инъекции (внутримыш., подкожные) в последние 6 мес.		

Вопросы общего характера:

курите ли Вы		
отмечаете ли Вы потерю веса за последние 6 месяцев		
последние общемедицинское обследование проводилось в_____году		
связана ли Ваша работа с вредными воздействиями (хим., физич., и др.)		
попадали ли Вы в автомобильные аварии		
находитесь ли Вы под наблюдением врача		

Вопросы для пациенток:

беременны ли Вы		
являетесь ли кормящей матерью		
постоянно или периодически принимаете противозачаточные препараты		

Насколько мне известно, я верно ответил (а) на все вопросы.
Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов до начала приема стоматолога, должен (на) сообщить врачу об этом.

«____»_____20____г. Подпись пациента_____

Ваш email:_____

С кем связаться в экстренном случае тел._____
Ф.И.О. _____