

## АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

Последнее посещение врача-стоматолога: \_\_\_\_\_ (месяц, год) \_\_\_\_\_

По каждому пункту анкеты надо отвечать «ДА» или «НЕТ»

<b>Перенесенные и сопутствующие заболевания:</b>	
Заболевания сердца	
Инфаркт миокарда	
Наличие кардиостимулятора	
Заболевания сосудов	
Инсульт	
Повышение или понижение артериального давления	
Заболевания легких	
Бронхиальная астма	
Заболевания желудочно-кишечного тракта	
Заболевания печени	
Заболевания почек	
Заболевания щитовидной, паращитовидной железы и др. желез	
Сахарный диабет	
Травмы	
Сотрясение головного мозга	
Эпилепсия и другие заболевания центральной и периферической нервной системы	
Заболевания крови	
Нарушения свертываемости крови	
Проводились ли исследования на СПИД (если «да», какой результат: + или -)	
Гепатит (укажите: А, В или С)	
Головные боли (в том числе беспричинные)	
Венерические заболевания	
Бывает головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или других лекарственных препаратов	
Проводилась лучевая химия, химиотерапия за последние 10 лет	
Операции (укажите какие)	
Другие заболевания	
<b>Аллергические реакции:</b>	
*на местные анестетики	
*на антибиотики	
*на сульфанилимиды	
*на препараты йода	
*на гормональные препараты	
*на другие лекарственные препараты (указать)	
*на пыльцу и растения	
*на пищевые продукты	
*на шерсть животных	
*на другие вещества	

*продолжение анкеты на оборотной стороне*

<b>Получение медицинской помощи в настоящее время или в течение последних 6 месяцев:</b>	
Постоянно или периодически принимаю лекарственные препараты (назначенные или не назначенные врачом), если «да», то указать какие:	
Состою на учете в лечебном учреждении	
Последнее общемедицинское обследование проводилось (месяц, год)	
Проводилось переливание крови (когда):	
Проводились инъекции (внутримышечные, внутривенные и др.) за последние 6 месяцев	
<b>Дополнительные сведения:</b>	
Являюсь донором	
Работа связана (ранее или сейчас) с вредными факторами: химическими, физическими (излучения, высокое давление, температура, вибрации и т.д.)	
<b>Дополнительная информация, касающаяся стоматологического лечения:</b>	
При прохождении стоматологического лечения в прошлом были:	
Аллергические реакции _____	
Продолжительное кровотечение _____	
Какие-либо другие осложнения во время или после лечения _____	
Наличие болей и щелканье в нижнечелюстном суставе	
Кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная)	
Появление герпеса (простуды) на губах с периодичностью _____ в год	
Появление трещин губ, заеды	
Бруксизм (ночное скрежетание зубами)	
Периодическое появление язв в полости рта	
Периодическая или постоянная сухость во рту	
Хотелось бы изменить цвет или форму зубов	
Чувствую запах изо рта	
Вредные привычки (курение, прием наркотических средств, алкоголя)	
<b>Для пациенток:</b>	
Вы беременны	
Являетесь кормящей матерью	
Имеется нарушение менструального цикла	
Постоянно или периодически принимаете противозачаточные препараты (укажите какие)	

**Я искренне ответил(-ла) на все пункты анкеты.**

Дополнительно хочу сообщить о состоянии моего здоровья (здоровья лица, в интересах которого заключен договор возмездного оказания медицинской помощи) следующее: \_\_\_\_\_

**Мне известно, что**

- сведения о состоянии здоровья надо обновлять каждые полгода;
- от состояния здоровья зависит результат лечения;
- гарантии на каждую выполненную работу будут определяться с учетом состояния здоровья;
- в случае приема лекарственных препаратов перед посещением врача мне надо сообщить ему об этом.

Подпись Заказчика:

Подпись законного представителя:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Фамилия Имя Отчество)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Фамилия Имя Отчество)

Дата \_\_\_\_\_