

АНКЕТА О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ

Уважаемый (ая) _____!

Сообщенные Вами сведения позволят врачу подобрать эффективное обезболивание, назначить профилактику и лечение. Врач пояснит (в оправданных случаях) есть ли связь между Вашим общим здоровьем и состоянием полости рта.

По каждому пункту анкеты надо отвечать ДА или НЕТ. Ваши данные составляют врачебную тайну, и не будут доступны посторонним лицам.

1) Последнее посещение стоматолога: год _____	месяц _____	Группа крови: _____	Резус-фактор: _____
2) Проявляются ли у Вас аллергические реакции (например, зуд, сыпь, отек рук, ног или глаз) при применении <i>местных обезболивающих и других лекарственных препаратов, пищевых продуктов, при контакте с пылью, шерстью животных, компонентами растений и др.</i>			
- другие вещества (напишите): _____			
3) Страдаете ли Вы:			
- повышенным артериальным давлением (максимальное _____)			
- пониженным артериальным давлением (минимальное _____)			
4) Страдаете ли Вы заболеваниями:			
- сердца (стенокардия, сердцебиение, одышка, инфаркт миокарда, ишемическая болезнь, кардиостимулятор), другие (напишите): _____			
- почек			
- печени			
- желудочно-кишечного тракта			
- дыхательных путей (бронхиальная астма, туберкулез, эмфизема, бронхит и др.), напишите: _____			
- сосудов (склероз, тромбофлебит)			
- ревматизм			
- глаукома (повышение внутриглазного давления), катаракта			
- диабетом			
- костной системы, суставов			
- заболевания крови (лейкоплакия, анемия и др.)			
- нарушение свертываемости крови			
5) Бывают ли у Вас:			
- длительные кровотечения (после порезов, травм, операций)			
- головокружения, потери сознания, одышки при введении анестетиков и других лекарственных препаратов			
- инфекционные заболевания (в том числе в день приема)			
- герпес или другие высыпания на лице			
- травмы (какие) _____			
- сотрясение головного мозга			
- припадки, обмороки, головокружения, эпилепсия			
6) Был ли у Вас гепатит, в каком году, форма (напишите)? _____			
6) Проводились ли:			
- лучевая терапия, химиотерапия			
- исследования на ВИЧ (СПИД) (какой результат: "+" или "-")			
- операции (год _____) _____			

7) Получение медицинской помощи в настоящем времени или в последние 6 месяцев:	
- лечусь, проводилось лечение (когда, где)	
- состою на учете в лечебном учреждении (по поводу)	
- последнее общемедицинское обследование проводилось: месяц год	
8) Постоянно или периодически принимаю лекарственные препараты (если “да”, то какие):	
9) Дополнительные сведения	
- являюсь донором	
- моя работа связана (ранее или сейчас) с вредными факторами: химическими, физическими (излучение, высокое давление, температура, вибрации и т.д.)(подчеркнуть)	
- вредные привычки: курение, прием алкоголя, наркотических средств (подчеркнуть)	
10) для пациенток:	
- вы беременны	
- являетесь кормящей матерью	
- имеются нарушение менструального цикла, гинекологические заболевания	
- постоянно или периодически принимаете противозачаточные средства	
11) Дополнительная информация, касающаяся стоматологического лечения	
- наличие болей и щелканья в нижнечелюстном суставе	
-кровоточивость десны при чистке зубов (периодическая, постоянная)	
-появление трещин губ, заед	
-бруксизм (ночное скрежетание зубами)	
- периодическое появление язв в полости рта	
- периодическая или постоянная сухость во рту	
- чувствую неприятный запах изо рта	
12) Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее:	

Мне известно, что от состояния моего здоровья зависят:

- результаты лечения;
- гарантии на каждую услугу, выполненную врачом.

Я знаю:

- что в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога мне надо сообщить ему об этом;
- что анкету о здоровье необходимо заполнять вновь каждые полгода;
- при изменении состояния здоровья незамедлительно информировать стоматолога,
- при наличии хронических заболеваний необходимо представлять по требованию врача – стоматолога дополнительные выписки, заключения, результаты анализов и обследования.

– **Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесенных заболеваниях и имевших место осложнениях, заполнена мною лично и, содержащаяся в ней информация достоверна.**

“ ____ ” _____ 20__ г.

ФИО _____

Подпись пациента _____