

## Анкета о Вашем здоровье

Отвечая на вопросы анкеты, надо давать ответ ДА или НЕТ по каждому пункту. Сообщаемые Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

	1 обращение		2 обращение		3 обращение	
Последнее посещение стоматолога (месяц, год)						
Хорошее ли у Вас состояние здоровья	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Произошли ли в течение последнего года какие-либо изменения в состоянии Вашего здоровья	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Последний раз Вы проходили общее медицинское обследование у врача (дата)						
Находились ли Вы в настоящее время под наблюдением врача (по поводу какого заболевания)	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Были ли у Вас серьезные заболевания или операции	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Лечились Вы или были серьезно больны в течение последних пяти лет. Если ДА, то по поводу какого заболевания	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
<b>Перенесенные и сопутствующие заболевания</b>						
Сердечно-сосудистые заболевания	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>
Повышенное или пониженное давление	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>
Наличие кардиостимулятора	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>
Бронхиальная астма	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>
Заболевания ЖКТ	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>
Заболевания печени	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>
Заболевания почек	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>
Заболевания эндокринной системы	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>
Сахарный диабет	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>
Травмы, сотрясение головного мозга	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>
Эпилепсия и другие заболевания нервной системы	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>
Сыпь на коже, экзема, кожные заболевания	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>
Заболевания Лор-органов	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>

Заболевания костной системы, суставов	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Инфекционные заболевания	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Онкологические заболевания	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Проводилась ли лучевая терапия, химиотерапия	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Принимаете ли Вы сейчас лекарства	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Возникла ли у Вас аллергия или необычные реакции на стоматологические или другие вмешательства, запахи	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>
Ваша работа связана с вредными факторами	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>
Кровоточивость десен при чистке зубов (периодически)	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Герпес периодичностью год, 6 мес	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Язвы во рту	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Сухость во рту, жжение	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Запах изо рта	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Вредные привычки (курение и т. д.)	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>
Что бы Вы хотели добавить по поводу состояния своего здоровья;						
ВИЧ ( со слов пациента)	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>
Гепатит ( со слов пациента)	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>	<b>Да</b>	<b>Нет</b>
<b>Вопрос для женщины</b>						
Вы беременны	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Есть ли у Вас нарушения менструального цикла	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет

Цель Вашего визита

- Мне известно, что сведения о состоянии здоровья надо периодически обновлять,
  - Мне известно, что результаты лечения (выполнения работ) зависят от состояния моего здоровья.
  - Мне известно, что гарантии на каждую выполненную Исполнителем работу будут определяться с учетом моего здоровья.
- Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога, мне надо сообщать об этом врачу.  
Я информирован (а) о выполнении ортопантограммы перед стоматологическим лечением и что при необходимости надо будет дополнительно сделать прицельные рентгеновские снимки зубов.  
В случае необходимости даю свое согласие сообщить информацию о моем здоровье: \_\_\_\_\_

кому, по телефону

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_