

Анкета о здоровье взрослого

Уважаемый пациент,
предлагаемая Вам анкета является важной частью информации, которой обязан располагать Ваш лечащий доктор, для действительно эффективного лечения и сохранения Вашего здоровья.

На основании Ваших ответов, доктор сможет расспросить Вас более подробно и учесть в процессе лечения все индивидуальные особенности вашего организма.

Часть вопросов анкеты посвящена Вашему предыдущему лечению у стоматолога, если таковое было.

Анкета учитывает все возможные факторы жизни, которые могут значительно повлиять на результаты лечения и безопасность в процессе его осуществления.

Анкета составлена таким образом, чтобы Вы могли отвечать на вопросы «Да» или «Нет». В некоторых случаях при ответе «Да», Вас попросят ответить более подробно. И это тоже делается ради сохранения Вашего здоровья и индивидуального выбора лечения для Вас.

В случае, если Вам не совсем понятно, как ответить на вопрос, тогда пропустите его и Ваш доктор поможет Вам.

Данные анкеты являются врачебной тайной и не могут быть разглашены третьим лицам.

Анкета заполняется пациентом лично или его законным представителем.

1. Фамилия Имя Отчество _____

2. Дата рождения _____

3. Адрес электронной почты _____

4. Домашний адрес _____

5. Контактные телефоны _____

6. Профессия _____

7. Когда последний раз обращались к стоматологу _____

8. Нам важно откуда Вы узнали о нас _____

9. Имеется ли у Вас аллергия (Если ДА, то на что? Как проявляется и чем купируете?) _____

10.1. Принимаете ли Вы какие-либо препараты на постоянной основе? Какие? _____

10.2. Принимаете ли Вы бисфосфонаты (препараты, для лечения остеопороза)? _____

11. Хорошо ли переносите обезболивание при удалении зубов? (Если нет, то какие были осложнения?) _____

12. Наблюдаются ли у Вас длительные кровотечения после порезов? _____

13. Имеется ли кровоточивость десен при чистке зубов? _____

14. Проводились ли у Вас костные операции с применением металлических штифтов, спиц, пластинок , и т. п . (Если ДА то какие ?)

15. Есть ли у Вас кардиостимулятор ? _____

16. Какое у Вас артериальное давление? _____

17. Бывают ли у Вас высыпания на слизистой оболочке полости рта ? _____

18. Имеются ли у Вас какие либо общие заболевания:

	ДА	Нет
Сердца		
Сахарный диабет		
Заболевания крови		
Заболевания щитовидной железы		
	ДА	Нет
Эпилепсия		
Заболевания легких (астма)		
Нервные болезни		
Венерические заболевания		
Онкологические заболевания		
Психопатия		
Заболевания почек и мочевыводящих путей		
Заболевания печени		
Инфекционный гепатит		
Заболевания желудочно-кишечного тракта		
Туберкулез		
Обмороки, потеря сознания		
Остеопороз		

19. Курите ли Вы _____

20. Для женщин

-вы беременны, подозреваете беременность _____

-являетесь ли Вы кормящей матерью _____

-принимаете ли противозачаточные препараты _____

21. Я хочу дополнительно сообщить о состоянии своего здоровья следующее:

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

Своей подписью я подтверждаю точность и достоверность сведений, предоставленных мною лечащему врачу.

Ф.И.О. _____

Дата _____ Подпись _____

Мы благодарим Вас за то, что, заполнив анкету, Вы и заботитесь о своем здоровье и помогаете нам выбирать для Вас индивидуальный, т.е. наиболее подходящий Вам план лечения.