Успешность стоматологического лечения может зависеть от наличия степени развития общих заболеваний организма. Вот почему врачу важны сведения о состоянии Вашего здоровья. Они помогут правильно составить план лечения, дать обоснованные гарантии на выполненную работу.

АНКЕТА ПАЦИЕНТА ПЕРЕД СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ МАНИПУЛЯЦИЕЙ (АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ)

ФИО пациента:_____

Дата рождения: _____ Адрес фактического проживания: _____

Телефон: _____E-mail: _____Профессия:_____

ФИО законного представителя пациента (если Пациенту не исполнилось 18 лет):_____

Отвечая на вопросы анкеты, надо давать ответ «ДА» или «НЕТ» по каждому пункту. В некоторых случаях при ответе «ДА» Вас попросят ответить более подробно. Сообщаемые Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

Последнее посещение врача стоматолога(дата):_____Группа крови: _____ Резус-фактор:_____

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
Заболевания сердца (инфаркт миокарда, стенокардия, одышка)	**ДА**	**НЕТ**
Заболевания почек	**ДА**	**НЕТ**
Заболевания печени	**ДА**	**НЕТ**
Заболевания желудочно-кишечного тракта	**ДА**	**НЕТ**
Заболевания легких (бронхиальная астма)	**ДА**	**НЕТ**
Сахарный диабет	**ДА**	**НЕТ**
Повышение или понижение артериального давления	**ДА**	**НЕТ**
Эпилепсия и др. заболевания центральной и периферической нервной системы	**ДА**	**НЕТ**
Нарушение свертываемости крови	**ДА**	**НЕТ**
Заболевания ЛОР органов (уха, горла, носа)	**ДА**	**НЕТ**
Венерические заболевания	**ДА**	**НЕТ**
Психические расстройства / заболевания (если да, то какие)	**ДА**	**НЕТ**
Гепатит (если да, то когда)	**ДА**	**НЕТ**
Проводилось ли исследование на ВИЧ	**ДА**	**НЕТ**
если «ДА», то каков результат **положительный**	**отрицательный**	
Инфекционные заболевания:	**ДА**	**НЕТ**
Аллергические реакции (перечислить) лекарственные: пищевые: **Чем купируется приступ (название препарата):**		
Бывает ли головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов	**ДА**	**НЕТ**
ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, КАСАЮЩАЯСЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ		
При прохождении стоматологического лечения в прошлом были:		
- Аллергические реакции	**ДА**	**НЕТ**
- Продолжительное кровотечение	**ДА**	**НЕТ**
- Потеря сознания	**ДА**	**НЕТ**
- Какие-либо другие осложнения во время и после лечения:		
Наличие болей и щелканье в нижнечелюстном суставе	**ДА**	**НЕТ**
- Повышенная чувствительность в внутриротовым раздражителям (рвотный рефлекс)	**ДА**	**НЕТ**
Кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная)	**ДА**	**НЕТ**
Появление герпеса («простуды») на губах с периодичностью в_____ год	**ДА**	**НЕТ**
Бруксизм (ночное скрежетание зубов)	**ДА**	**НЕТ**
Периодическое появление **язв в полости рта / трещин губ, заед** (нужное обвести)	**ДА**	**НЕТ**
Чувствую запах изо рта	**ДА**	**НЕТ**
Вредные привычки (курение, прием наркотических средств) (нужное обвести)	**ДА**	**НЕТ**
Был ли у Вас негативный опыт стоматологического лечения?	**ДА**	**НЕТ**
Как Вы оцениваете Ваш стоматологический статус (нужное обвести) **хорошо / удовлетворительно / плохо**		
ДЛЯ ПАЦИЕНТОК		
Беременны ли Вы **ДА** **НЕТ** Являетесь ли Вы кормящей матерью	**ДА**	**НЕТ**

Мне известно, что только в случае обязательных профилактических осмотров (1 раз в 6 месяцев) я могу рассчитывать на определенный срок лечения и гарантию в Вашей клинике.

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

Подпись пациента (подпись законного представителя пациента) ✓_____ **Дата** _____