

Уважаемый пациент! Следующая информация чрезвычайно важна для составления оптимального плана стоматологического лечения, с учетом состояния Вашего здоровья. Неправильная или неполная информация может повредить Вашему здоровью. Все сведения, представленные в анкете, не будут переданы посторонним лицам. * пожалуйста, ответьте на все вопросы;

- * если вопрос непонятен или Вы не уверены в ответе, обсудите этот вопрос с врачом;
- * все изменения в состоянии Вашего здоровья должны быть сообщены нам при первой возможности;
- * информацию о состоянии здоровья несовершеннолетних пациентов сообщает его законный представитель.

Анкета о здоровье пациента {ФамилияИмяОтчество}, {ГодРождения} г.р. г.р.

Просим Вас обвести кружочком или подчеркнуть ответ Да или Нет или ответить на вопросы:

| | | |
|----|---|--------|
| 1. | Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением общего врача? Если “Да”, то укажите причину _____ | Да Нет |
| 2. | Принимаете ли Вы в настоящее время какие-нибудь лекарства? Если “Да”, то перечислите наименования _____ | Да Нет |
| 3. | Если Вы лечитесь в настоящее время (лечились ранее) или имеете информацию (подозреваете) о наличии у Вас следующих заболеваний и состояний, дайте краткое описание: | Да Нет |
| А. | ревматизм, ревматические поражения сердца, шумы (боли) в сердце, пороки сердца, | Да Нет |
| Б. | инфаркт миокарда, стенокардия, аритмия, хирургические вмешательства на сердце | Да Нет |
| В. | желудочно-кишечные заболевания, | Да Нет |
| Г. | повышенное (пониженное) кровяное давление, | Да Нет |
| Д. | повышенная кровоточивость, анемия, гемофилия (не свертываемость крови), переливания крови, | Да Нет |
| Е. | астма, туберкулез, сезонная аллергия, аллергические реакции на антибиотики, болеутоляющие препараты, местные анестетики и другие лекарства, | Да Нет |
| Ж. | доброкачественные, злокачественные опухоли, радиологическое лечение, химиотерапия, | Да Нет |
| З. | диабет, | Да Нет |
| И. | гепатит, желтуха, заболевания печени, | Да Нет |
| К. | заболевания почек и мочевыводящих путей, затрудненное мочеиспускание, диализ | Да Нет |
| Л. | заболевание щитовидной железы | Да Нет |
| М. | паралич, парез, конвульсии, обмороки, потеря сознания | Да Нет |
| Н. | артрит, | Да Нет |
| О. | венерические заболевания или СПИД, | Да Нет |
| П. | травмы головы или шеи, автомобильные аварии, хирургические операции | Да Нет |
| Р. | лечение нижнечелюстного сустава, | Да Нет |
| С. | имеются ли у Вас другие проблемы со здоровьем о которых Вам известно? Если “Да”, то какие _____ | Да Нет |
| 7. | Курите ли Вы? Если да, то как долго _____ | Да Нет |
| 8. | Были ли у Вас аллергические реакции в виде головокружения или потери сознания, удушья, крапивницы, отека Квинке, зуда и покраснения кожи (<i>нужное подчеркнуть</i>) на: <ul style="list-style-type: none"> • местные анестетики | Да Нет |

| | | |
|----|--|--------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • антибиотики • сульфаниламидные препараты • препараты йода • гормональные средства • пищевые продукты | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • металлы • анальгетики (анальгин, аспирин и др.) <p>другие _____ аллергены _____ (указать _____ конкретно)</p> | |
| 9. | <p>Для женщин: - беременны ли Вы</p> <p>- являетесь ли Вы кормящей матерью</p> | Да Нет |

Я понимаю, что от полноты и своевременности предоставления мною информации известно зависят:

— диагностика, составление плана лечения и результаты лечения; —
гарантии на каждую работу, выполненную врачом.

Я знаю: что в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога, мне надо сообщить ему об этом; что анкету о здоровье надо заполнять вновь каждые полгода.

Я внимательно ознакомился(лась) с этой анкетой и искренне ответил(ла) на все вопросы. Я понимаю, что мне необходимо своевременно предоставлять врачам информацию о моем здоровье и всех изменениях в состоянии моего здоровья. Я понимаю, что необходимо обновлять информацию в настоящей анкете каждые полгода.

Дополнительно могу сообщить о своем здоровье следующее:

Я знаю, что каждый раз при посещении стоматолога перед началом лечения необходимо сообщать врачу о принятых лекарственных препаратах, в случае их приема, об изменении в состоянии моего здоровья, если такие изменения произошли (происходят)

Подпись пациента/пациентки _____ / _____ {ТекущаяДатаПолная} г.