Благодарим Вас за выбор нашей стоматологической клиники!

Уважаемый пациент, предлагаемая Вам анкета является важной частью информации, которой обязан располагать Ваш лечащий доктор в соответствии с законом об охране здоровья граждан РФ, для действительно эффективного лечения и сохранения Вашего здоровья.
Успешность стоматологического лечения зависит от наличия или отсутствия общих заболеваний организма.
Ответы на нижеприведенные вопросы помогут правильно составить план лечения, обеспечить безопасность и результативность проведения лечебных мероприятий.
Если у Вас возникнут вопросы, пожалуйста, спросите нас — мы будем рады помочь.

АНКЕТА ПАЦИЕНТА

Дата заполнения _____

Персональная информация

Фамилия _____ Имя_____ Отчество_____

Дата рождения _____ Пол _____ Семейное положение _____

Индекс _____ Город ____ _____ Улица _____ Дом_____ Кв._____

Телефон мобильный _____ Домашний _____ E-mail_____

Место работы _____ Должность _____

Медицинские данные

Вопросы	ДА	НЕТ	Уточнение
Вы находитесь под наблюдением врача?			Какого? Ф.И.О., телефон:
Были ли Вы госпитализированы в течение года?			Причина?
Вы сейчас принимаете лекарства?			Какие?
Вы сейчас принимаете БАДы?			Какие?
Какое Ваше обычное артериальное давление?			Уточните
У Вас есть аллергия (поллиноз, пищевая, шерсть животных и т.п.)?			Уточните на что именно и как проявлялась?
Есть аллергия на лекарства, в том числе на местные анестетики?			Уточните на что именно и как проявлялась?
Есть аллергия на резиновые изделия (перчатки, медицинские изделия и тп)?			Уточните на что именно и как проявлялась?
Вы получали общий наркоз?			Когда был последний?
Проводились ли Вам инъекции за последние 6 месяцев?			Уточните
Проводилось ли Вам в пределах 6 месяцев лечение (коррекция) препаратом Ботокс или Диспорт?			Уточните в какой зоне
Переболели ли Вы коронавирусной инфекцией (COVID-19)?			Когда перенесли заболевание? Была ли госпитализация? Было ли применение ИВЛ?

Медицинская история

Есть в данный момент или были ранее следующие заболевания

Заболевание	Дата	ДА	НЕТ	Заболевание	Дата	ДА	НЕТ
Трансплантация органов				Искусственный клапан сердца			
Заболевания сердца				Кардиостимулятор			

Заболевание	Дата	ДА	НЕТ	Заболевание	Дата	ДА	НЕТ
Сердечный приступ				Порок сердца			
Шумы, боли в сердце				Кардиохирургич.вмешательство			
Атеросклероз				Заболевания щитовидной железы			
Артрит				Эпилепсия			
Ревматизм				Потеря сознания			
Остеопороз				Длительные боли в горле			
Повышенное давление				Затрудненное глотание			
Пониженное давление				Гепатит А			
Инсульт				Гепатит В			
Искусственные суставы				Гепатит С			
Язвенная болезнь				Гемофилия			
Диабет				Анемия			
Злокачественные образования				Переливание крови			
Лучевая терапия				Нарушение свертываемости крови			
Химиотерапия				ВИЧ-инфекция			
Астма				СПИД			
Поражение легких				Герпес			
Туберкулез				Язвы в полости рта			
Синусит				Заболевания почек			
Гайморит				Глаукома			

Иные заболевания_____

Только для женщин

Вы беременны?____Если «ДА», укажите срок___) Вы кормите грудью?_____Вы принимаете контрацептивы?___

Стоматологические данные

Причина вашего визита? _____

Были ли у Вас травмы или оперативные вмешательства в челюстно-лицевой области? Уточните.

_____

Как вы оцениваете свое общее здоровье (нужное подчеркнуть)? Отлично Хорошо Удовлетв. Плохо

Как вы оцениваете состояние своих зубов (нужное подчеркнуть)? Отлично Хорошо Удовлетв. Плохо

Как регулярно посещаете стоматолога (нужное подчеркнуть)? 3-4 месяца 6 месяцев 12 месяцев Нерегулярно

Последнее посещение врача-стоматолога: _____. _____. _____г.

Последнее прохождение проф.гигиены: _____. _____. _____г.

Откуда узнали о нашей клинике (нужное подчеркнуть):

Реклама в интернете Соц.сети От родственников/знакомых От врача/мед.сестры_____

Другое_____

Своей подписью я подтверждаю точность и достоверность сведений о состоянии моего здоровья. Я понимаю, что недостоверная информация может влиять на эффективность лечения и даже нанести вред моему здоровью.

Пациент_____/_____/