

Анкета ОПРОСА БОЛЬНОГО ПЕРЕД СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ МАНИПУЛЯЦИЕЙ (АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ)

Пациент: _____

Дата рождения _____ год рождения _____

Телефон: _____

Сведения о законном представителе Пациента (если Пациенту не исполнилось 18 лет): Законный представитель пациента: _____

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.

Последнее посещение врача стоматолога _____
(указать месяц и год)

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
Заболевания сердца	ДА	НЕТ
Инфаркт миокарда	ДА	НЕТ
Наличие кардиостимулятора	ДА	НЕТ
Заболевания сосудов	ДА	НЕТ
Инсульт	ДА	НЕТ
Повышение или понижение артериального давления	ДА	НЕТ
Заболевания легких	ДА	НЕТ
Бронхиальная астма	ДА	НЕТ
Заболевания желудочно-кишечного тракта	ДА	НЕТ
Заболевания печени	ДА	НЕТ
Заболевания почек	ДА	НЕТ
Заболевания щитовидной, паращитовидной железы, др. желез	ДА	НЕТ
Сахарный диабет	ДА	НЕТ
Травмы	ДА	НЕТ
Сотрясение головного мозга	ДА	НЕТ
Эпилепсия и др. заболевания центральной и периферической нервной системы	ДА	НЕТ
Заболевание крови	ДА	НЕТ
Нарушение свертываемости крови	ДА	НЕТ
Заболевания ЛОР органов (уха, горла, носа)	ДА	НЕТ
Заболевание костной системы, суставов	ДА	НЕТ
Заболевания кожи	ДА	НЕТ
Нейродермит	ДА	НЕТ
Проводилось ли исследование на ВИЧ	ДА	НЕТ
если «ДА», то каков результат	положительный	отрицательный
Грибковые заболевания (были, есть)	ДА	НЕТ
Была ли длительная необъяснимая лихорадка	ДА	НЕТ
Постоянно увеличены лимфатические узлы (железы)	ДА	НЕТ
Беспричинные головные боли	ДА	НЕТ
Отмечалась ли потеря веса в последние 6 месяцев	ДА	НЕТ
Венерические заболевания	ДА	НЕТ
Являетесь ли Вы донором	ДА	НЕТ
Проводились ли переливания крови (когда)	ДА	НЕТ
Инфекционные заболевания	ДА	НЕТ
Проводилась ли лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет	ДА	НЕТ
Другие заболевания	ДА	НЕТ
Ваша работа связана (ранее или сейчас) с вредными факторами: химическими, физическими (излучения, высокое давление, вибрации и т.д.)	ДА	НЕТ
Бывает ли головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов	ДА	НЕТ
Есть ли инвалидность	ДА	НЕТ

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ и их проявления:		
* на местные анестетики	ДА	НЕТ

* на антибиотики	ДА	НЕТ
* на сульфанилимиды	ДА	НЕТ
* на препараты йода	ДА	НЕТ
* на гормональные препараты	ДА	НЕТ
* на другие лекарственные препараты	ДА	НЕТ
* на пыльцу и растения	ДА	НЕТ
* на пищевые продукты	ДА	НЕТ
* на шерсть животных	ДА	НЕТ
* на другие вещества	ДА	НЕТ
Постоянно или периодически принимаю лекарственные препараты, какие _____	ДА	НЕТ
Проводилось ли лечение иных заболеваний за прошедшие дни, недели, месяцы	ДА	НЕТ
Состою на учете в лечебном учреждении	ДА	НЕТ
Последнее общемедицинское обследование проводилось в _____ году	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 _____		
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ		
Наличие болей и щелканье в нижнечелюстном суставе	ДА	НЕТ
Кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная)	ДА	НЕТ
Появление герпеса «простуды» на губах с периодичностью _____ в год	ДА	НЕТ
Появление трещин губ, заед	ДА	НЕТ
Изменилось положение губы (верхней, нижней) или изменилась улыбка	ДА	НЕТ
Бруксизм (ночное скрежетание зубов)	ДА	НЕТ
Периодическое появление язв в полости рта	ДА	НЕТ
Хотелось бы изменить цвет или форму зубов	ДА	НЕТ
Периодическая или постоянная сухость во рту	ДА	НЕТ
Чувствую запах изо рта	ДА	НЕТ
Вредные привычки (курение, прием алкоголя и наркотических средств)	ДА	НЕТ
ДЛЯ ПАЦИЕНТОК		
Беременны ли Вы	ДА	НЕТ
Являетесь ли Вы кормящей матерью	ДА	НЕТ
Имеется ли нарушение менструального цикла	ДА	НЕТ
Постоянно или периодически принимаете противозачаточные препараты	ДА	НЕТ
Последнее посещение врача-гинеколога в _____ году	ДА	НЕТ

Я искренне ответил(а) на пункты анкеты. Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее:

Мне известно, что от состояния моего здоровья зависят:

- результаты лечения
- гарантии на каждую работу, выполненную врачом. Я знаю:

- что в случае приема лекарственных препаратов, изменениях в состоянии моего здоровья, перед посещением стоматолога, мне надо сообщать ему об этом.

- что сведения о состоянии здоровья надо обновлять один раз в шесть месяцев

Я разрешаю / не разрешаю администраторам клиники звонить по указанным мной в анкете телефонам, чтобы напомнить о приеме, контрольном осмотре или сообщить о других изменениях в расписании клиники.

Подпись пациента ✓ _____

Подпись законного представителя пациента ✓ _____

Дата _____