

Анкета о здоровье пациента стоматологической клиники "Зуб.ОК"

Сообщенные Вами сведения помогут врачу подобрать эффективную анестезию, лекарства и методы лечения, правильно составить план. Врач пояснит (в оправданных случаях): есть ли связь между Вашим общим здоровьем и состоянием полости рта.

В каждом пункте анкеты, для **положительного** ответа используйте: [ДА] или [+].

Для **отрицательного** ответа: [НЕТ] или [-].

Все внесённые сведения являются врачебной тайной и не будут доступны посторонним лицам.

Врач: / _____ / _____
 (Ф.И.О. регистратора) (подпись)

Укажите месяц последнего посещения врача стоматолога	
Укажите аллергические реакции:	
На медицинские препараты (если [ДА], то какие):	
На пыльцу и растения (если [ДА], то какие):	
На пищевые продукты (если [ДА], то какие):	
На шерсть животных (если [ДА], то какие):	
Укажите перенесённые и сопутствующие заболевания:	
Заболевания сердца	
Инфаркт миокарда	
Наличие кардиостимулятора	
Заболевания сосудов	
Инсульт	
Повышение или понижение артериального давления	
Бронхиальная астма	
Заболевания желудочно-кишечного тракта	
Заболевания щитовидной и других желез	
Сахарный диабет	
Травмы	
Эпилепсия и другие заболевания центральной и периферической нервной системы	
Заболевание крови	
Нарушение свёртываемости крови	
Заболевания уха, горла, носа	
Глаукома (повышение внутриглазного давления)	
Заболевание костной системы, суставов	
Заболевание кожи	
Нейродермит	
СПИД	
Гепатит В, С	
Венерические заболевания	
Инфекционные заболевания	
Головные боли (в том числе беспричинные)	
Бывает ли головокружение, потеря сознания, отдышка при введении препаратов	
Проводилась ли лучевая или химиотерапия за последние 10 лет	
Укажите другие не указанные заболевания:	
Для женщин:	
Беременны ли Вы в настоящее время, если [ДА], то укажите срок	
Имеете ли Вы детей, которые находятся на грудном вскармливании	

Я подтверждаю достоверность данных указанных в анкете / _____ / _____
 (Ф.И.О. пациента) (подпись)