

Анкета

(заполняется пациентом)

**О своем состоянии здоровья сообщая следующее:
(отметить ДА или НЕТ в списке вопросов, указанных ниже)**

Последнее посещение врача-стоматолога _____ (указать месяц и год)

1.Аллергия (лекарственная, пищевая, другие) ДА/НЕТ

Симптомы _____

Чем купируется приступ _____

2.Группа крови _____ Резус фактор _____

3.Страдаете ли вы заболеваниями:

- -сердца(стенокардия, сердцебиение, отдышка) ДА/НЕТ
- -почек ДА/НЕТ
- -печени ДА/НЕТ
- -желудочно-кишечного тракта ДА/НЕТ
- -легких (бронхиальная астма) ДА/НЕТ

4.Страдаете ли вы:

- -повышенным артериальным давлением ДА/НЕТ
- - пониженным артериальным давлением ДА/НЕТ

5.Бывают ли у вас припадки, обмороки, головокружения ДА/НЕТ

6.Длительное кровотечение после порезов ДА/НЕТ

7.Диабет ДА/НЕТ

8.Беременность ДА/НЕТ

9.Принимаемые лекарства (указать) ДА/НЕТ

10.Были ли у вас травмы головы ДА/НЕТ

11.Перенесенный гепатит ДА/НЕТ

12.СПИД, венерические заболевания ДА/НЕТ

13.Периодически возникающие язвы полости рта, герпес ДА/НЕТ

14.Бруксизм (ночное скрежетание зубами) ДА/НЕТ

15.Заболевания гайморовых пазух ДА/НЕТ

16.Употребляете ли Вы наркотики ДА/НЕТ

17. Курите ли Вы ДА/НЕТ

Я искренне ответил(а) на все пункты анкеты, хочу дополнительно сообщить о состоянии своего здоровья следующее: _____

_____ Мне известно, что только в случае обязательных профилактических осмотров (1 раз в 6 месяцев) можно рассчитывать на определенный срок результатов лечения и протезирования.

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

Подпись пациента _____ « _____ » _____ 20 _____ год