

Анкета стоматологического пациента

Состояние Вашего здоровья может повлиять на лечение зубов. Поэтому мы просим Вас заполнить эту анкету. Ваша информация будет рассматриваться как строго конфиденциальная и является предметом профессиональной тайны.

анкетные данные : ☐ жéнщина ☐ мужчина

Фамилия	_____	Тел. частный	_____
Имя	_____	Тел. раб.	_____
Улица	_____	Тел. моб.	_____
Индекс, Город	_____	e-mail	_____
Дата. рожд.	_____	Профессия	_____
Мед. страх.	_____	Номер страх.	_____
Национальн.	_____	По рекомендации:	_____

Хотите ли вы получать **расчеты стоимости лечения и счета** по электронной почте? Да ☐ Нет ☐

Получаете ли Вы пособие:

☐ Дополнительные льготы ☐ Социальную помощь ☐ никакую

Законный представитель ☐ жéнщина ☐ мужчина

Имя, Фамилия	_____	Тел. частный	_____
Улица	_____	Тел. раб.	_____
Индекс, Город	_____	Тел. моб.	_____

☐ Семейный врач ☐ Лечащий врач ☐ Детский врач

Имя, Фамилия	_____	Тел. раб.	_____
Улица	_____	Индекс, Город	_____

Вопросы о состоянии здоровья

- | | Да | Нет |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Чувствуете ли Вы себя в настоящий момент совершенно здоровым? | ☐ | ☐ |
| - Получали ли / получаете ли Вы медицинскую помощь в последнее время? | | |
| Если да, из за какой болезни ? _____ | ☐ | ☐ |
| - У Вас были операции ? Если да, какие? _____ | ☐ | ☐ |
| - Принимаете ли Вы в настоящее время лекарства? Если да, какие? _____ | ☐ | ☐ |
| - Страдаете ли Вы сердечно - сосудистыми заболеваниями? | | |
| Если да, пожалуйста отметьте: _____ | ☐ | ☐ |
| ☐ Высокое/низкое давление | | |
| ☐ Стенокардия | | |
| ☐ Сердечный приступ | | |
| ☐ Инсульт | | |
| ☐ Порок сердечного клапана, искусственный сердечный клапан | | |
| ☐ Эндокардит | | |

./.



	Да	Нет
- Принимаете ли вы препараты для разжижения крови ? Если да, какие? _____	☐	☐
- Страдаете ли Вы заболеванием крови ?	☐	☐
☐ Гемофилия ☐ Анемия		
- Есть ли у Вас антикоагуляционный паспорт?	☐	☐
- У Вас есть заболевания обмена веществ ?	☐	☐
☐ Заболевание щитовидной железы ☐ Диабет		
☐ Другое: _____		
- У Вас есть аллергия ? Есть ли у Вас паспорт аллергика?	☐	☐
☐ Сенная лихорадка ☐ Астма		
☐ Аллергия на пенициллин ☐ Другое: _____		
- У Вас есть гиперчувствительная реакция на:		
☐ Уколы ☐ Лекарства		
☐ Ополаскиватели для полости рта ☐ Продукты питания		
- Принимаете ли Вы бисфосфонаты ? (Например против остеопороза)	☐	☐
- У Вас есть протезы суставов, кардиостимуляторы и другие имплантаты ?	☐	☐
Если да, какие, с какого времени? _____		
- У Вас было когда нибудь:	☐	☐
☐ Воспаление носовых пазух (синусит)?		
☐ Ревматизм, опухание суставов?		
☐ Химиотерапия? Против чего? _____		
☐ Облучение? В какой области? _____		
☐ Гормональные нарушения?		
☐ Туберкулез?		
☐ Заболевания внутренних органов (легкие, печень, почки и тд.)?		
☐ другое серьезное заболевание? Если да, какое? _____		
- Беременны ли Вы в настоящий момент? Какая неделя? _____	☐	☐
- У Вас есть или был гепатит (Желтуха, воспаление печени)?	☐	☐
Если да, какой? А ☐ В ☐ С ☐		
- Являетесь ли Вы ВИЧ-инфицированным (СПИД)?	☐	☐
- Курите ли Вы или курили? Сколько? _____	☐	☐
- Употребляете ли Вы наркотики ?	☐	☐

Настоящим подтверждаю, что я честно и полностью заполнил все вопросы.

Дата _____ Подпись _____