

**АНКЕТА О ЗДОРОВЬЕ**

**Уважаемый пациент!**

Врачу необходима информация о состоянии Вашего здоровья в целях обеспечения успешного и безопасного решения Ваших стоматологических проблем, так как процесс лечения и его ближайшие и отдаленные результаты могут быть связаны с заболеваниями различных органов и систем, приемом лекарств, физиологическими особенностями организма.

Внимательно заполните предлагаемую анкету. Мы гарантируем, что сведения, указанные Вами в анкете, будут использованы только в целях лечения и профилактики и не будут доступны посторонним лицам.

Последнее посещение стоматолога проводилось в .....году, в клинике.....

Какую стоматологическую проблему вы хотели бы решить: (нужное подчеркнуть)  
 а) лечение зубов, б) лечение десен, в) профилактический осмотр/гигиеническая чистка, г) протезирование, д) имплантация, е) лечение брекет-системой, ж) эстетическая реставрация зубов.

Вирусный гепатит. Если да, то какого типа «            » и когда.....	ДА	НЕТ
Туберкулез	ДА	НЕТ
Проводилось исследование на СПИД (если «да» - какой результат) - плюс или минус	ДА	НЕТ
Проводились ли Вам переливания крови Если да, то когда.....и по какому поводу.....	ДА	НЕТ
Проводились ли Вам инъекции за последние 6 месяцев	ДА	НЕТ
Были ли у Вас язвы в полости рта	ДА	НЕТ
Была ли у Вас длительная необъяснимая лихорадка	ДА	НЕТ
Были ли у Вас длительные боли в горле и затрудненное глотание	ДА	НЕТ
Имеете ли Вы постоянно увеличенные лимфатические узлы	ДА	НЕТ
Отмечаете ли Вы наличие багровых или красных участков на коже, сыпь	ДА	НЕТ
Ночная потливость	ДА	НЕТ
Диарея (поносы)	ДА	НЕТ
Отмечаете ли Вы потерю веса за последние 6 месяцев Если да, то в чем, по вашему мнению, причина похудения.....	ДА	НЕТ
Курите ли Вы. Если да, то как долго.....Количество сигарет в день ...	ДА	НЕТ
Онкозаболевание. Если да, то какое.....давность.....	ДА	НЕТ
Получали ли Вы лучевую терапию, химиотерапию за последние 10 лет	ДА	НЕТ
Заболевания эндокринных органов, щитовидной железы	ДА	НЕТ
Заболевания кожи. Если да, то какие.....	ДА	НЕТ
Нейродермит	ДА	НЕТ
Заболевание мочевыделительной системы	ДА	НЕТ
Заболевание желудочно – кишечного тракта	ДА	НЕТ
Заболевания опорно - двигательного аппарата	ДА	НЕТ
Заболевания ЛОР - органов (ухо, горло, нос)	ДА	НЕТ
Травмы челюстно – лицевой области. Если да, то когда ..... и какие.....	ДА	НЕТ
Были ли у Вас операции под наркозом за последние полгода Если да, то когда.....и по какому поводу.....	ДА	НЕТ
Сахарный диабет	ДА	НЕТ
Часто ли у Вас бывает сухость во рту	ДА	НЕТ

Порок сердца	ДА	НЕТ
Установлен искусственный клапан сердца	ДА	НЕТ
Ишемическая болезнь сердца	ДА	НЕТ
Перенес острый инфаркт миокарда в .....(когда)	ДА	НЕТ
Установлен кардиостимулятор	ДА	НЕТ
Варикозная болезнь, тромбоз, флебит	ДА	НЕТ
Отмечаете ли Вы значительные изменения артериального давления: • повышение артериального давления • понижение артериального давления • каковы цифры обычного для Вас артериального давления.....	ДА	НЕТ
Заболевания центральной нервной системы	ДА	НЕТ
Бывают ли у Вас периоды потери сознания или судорожные припадки	ДА	НЕТ
Сотрясения головного мозга	ДА	НЕТ
Бронхиальная астма	ДА	НЕТ
Заболевания печени	ДА	НЕТ
Нарушения свертываемости крови • были ли у Вас раньше длительные кровотечения после удаления зуба, хирургических вмешательств, травм • легко ли у Вас образуются кровоподтеки (синяки) • страдаете ли Вы носовыми кровотечениями	ДА	НЕТ
Принимаете ли Вы постоянно какие – либо лекарства, если да, то какие.....	ДА	НЕТ
Были ли у Вас аллергические реакции в виде головокружения или потери сознания, удушья, крапивницы, отека Квинке, зуда и покраснения кожи (нужное подчеркнуть) на: • местные анестетики • антибиотики • сульфаниламидные препараты • препараты йода • гормональные средства • пищевые продукты • пыльца растений • шерсть животных • металлы • анальгетики (анальгин, аспирин и др.) • другие аллергены (указать конкретно).....	ДА	НЕТ
Для женщин: - беременны ли Вы - являетесь ли Вы кормящей матерью	ДА	НЕТ

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

**Я знаю, что в случае использования лекарственных препаратов накануне стоматологического приема, должен (на) сообщить об этом врачу.**

**ФИО** \_\_\_\_\_

**Подпись пациента** \_\_\_\_\_