

Анкета о здоровье.

Уважаемый пациент, предлагаемая Вам анкета является важной частью информации, которой обязан располагать Ваш лечащий доктор, для безопасного и эффективного лечения и сохранения Вашего здоровья. Анкета учитывает факторы, которые могут значительно повлиять на результаты лечения и безопасность в процессе его осуществления.

Анкета составлена таким образом, чтобы Вы могли отвечать на вопросы «Да» или «Нет» (нужное обвести). В некоторых случаях при ответе «Да», Вас попросят ответить более подробно. В случае, если Вам не совсем понятно, как ответить на вопрос, обратитесь за помощью к вашему доктору. Данные анкеты являются врачебной тайной и не могут быть разглашены третьим лицам.

1. Фамилия Имя Отчество: _____

2. Дата рождения: _____

3. Когда последний раз Вы обращались к стоматологу: _____

4. Что Вы используете для ухода за полостью рта:

4.1. Зубную щетку: утром _____; вечером _____;

4.2. Другие средства: _____

Есть ли у Вас аллергия (зуд кожи, сыпь, отеки, ринит и т.д.)? На что именно (допишите ниже)? ДА НЕТ

Бывала ли у Вас аллергия после посещения стоматолога? Если Ваш ответ да, опишите ситуацию ДА НЕТ

Принимаете ли Вы какие-нибудь препараты (лекарственные средства, витамины, БАДы)? ДА НЕТ

Находитесь ли Вы под наблюдением какого-либо врача? ДА НЕТ

Принимали ли вы бисфосфонаты? ДА НЕТ

Были ли у Вас кровотечения, требующие соответствующего лечения ДА НЕТ

Курите ли Вы, если да, то сколько сигарет в день? ДА НЕТ

Наблюдаете ли Вы боль или щелчки в височно-нижнечелюстном суставе при открывании рта? ДА НЕТ

Бывает ли у Вас произвольное сильное сжатие челюстей в течение дня или «скрежет» зубами по ночам?
ДА НЕТ

Повышенное или пониженное кровяное давление (укажите)? ДА НЕТ

Заболевания сердца (ишемия, аритмия и тд)? ДА НЕТ

Вы страдаете онкологическим заболеванием? ДА НЕТ

Планируются ли у Вас отъезды из города или командировки? ДА НЕТ

У Вас есть заболевания, состояния или проблемы, не перечисленные выше? ДА НЕТ

Для женщин: Вы сейчас беременны или планируете беременность? ДА НЕТ

Своей подписью я подтверждаю точность и достоверность сведений, предоставленных мною лечащему врачу. Если в моем состоянии здоровья произойдут изменения, я обязательно проинформирую об этом своего стоматолога.

Подпись _____

Дата _____