

### АНКЕТА ЗДОРОВЬЯ

Пациент \_\_\_\_\_

Законный представитель пациента \_\_\_\_\_

		<b>Перенесенные и сопутствующие заболевания</b>
да	нет	Наличие кардиостимулятора
да	нет	Заболевания сердца
да	нет	Заболевания сосудов
да	нет	Инсульт
да	нет	Инфаркт миокарда
да	нет	Повышение или понижение артериального давления
да	нет	Заболевания желудочно-кишечного тракта (язва, гастрит, колит, холецистит и др)
да	нет	Сахарный диабет (тип I, тип II)
да	нет	Травмы, операции челюстно – лицевой области
да	нет	Эпилепсия и др. заболевания центральной и периферической нервной системы
да	нет	Нарушение свертываемости крови, повышенной кровоточивость
да	нет	Заболевания почек
да	нет	Заболевания печени
да	нет	Заболевания легких
да	нет	Бронхиальная астма
да	нет	Заболевания щитовидной, паращитовидной железы, других желез
да	нет	Сотрясения головного мозга
да	нет	Прием антикоагулянтов (аспирин, кардиомагнил и пр.)
да	нет	Заболевания крови
да	нет	Заболевания ЛОР-органов (уха, горла, носа)
да	нет	Ревматизм
да	нет	Заболевания костной системы, суставов
да	нет	Заболевания кожи
да	нет	Нейродермит
да	нет	Проводилось ли исследование на ВИЧ, <u>каков результат</u> / « отр » / « + »
да	нет	Проводилось ли исследование на гепатит В, С, Е, <u>каков результат</u> «отр» / «+»
да	нет	Онкологические заболевания
да	нет	Проводилась ли лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет
да	нет	Остеопороз, лечение бисфосфонатами
да	нет	Ваша работа связана (ранее или сейчас) с вредными факторами: химическими, физическими (излучения, химич. вещества, высокое давление, вибрации и т.д.)
да	нет	Бывает ли головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов?
да	нет	Есть ли инвалидность
да	нет	Имеются ли у Вас другие проблемы со здоровьем о которых Вам известно? <u>Какие?</u>
		<b>Дополнительная информация</b>
да	нет	Продолжительные кровотечения после незначительных порезов
да	нет	Потери сознания
да	нет	Хруст, боли или щелканье в височно-нижнечелюстном суставе
да	нет	Бруксизм (скрежетание зубами ночью)
да	нет	Чувство запаха изо рта
да	нет	Кровоточивость десен при чистке, периодическая, постоянная
да	нет	Курите ли Вы? Сколько сигарет в день ?
да	нет	Состою на учете у специалиста(ов). <u>Если да, то написать у каких.</u>
да	нет	<b>АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ (на что) и их проявления: * <u>указать</u>:</b>
		<b>Для пациенток</b>
да	нет	Беременны ли Вы?
да	нет	Являетесь ли Вы кормящей матерью?

Я искренне ответил(а) на пункты анкеты. Дополнительно хочу сообщить следующее:

Дата ✓ \_\_\_\_\_

Подпись пациента ✓ \_\_\_\_\_

Подпись законного представителя пациента ✓ \_\_\_\_\_