

Сведения для врача о состоянии Вашего здоровья. Они помогут правильно составить план лечения, дать обоснованные гарантии на выполненную работу.

*Сообщаемые Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.*

## АНКЕТА ЗДОРОВЬЯ

Пациент \_\_\_\_\_

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

Последнее посещение врача стоматолога \_\_\_\_\_

### ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Наличие кардиостимулятора
- Инсульт, инфаркт миокарда
- Повышение или понижение артериального давления
- Заболевания желудочно-кишечного тракта (язва, гастрит, колит, холецистит)
- Сахарный диабет (тип I, тип II)
- Травмы, операции челюстно – лицевой области
- Эпилепсия и др. заболевания центральной и периферической нервной системы
- Нарушение свертываемости крови, повышенная кровоточивость
- Прием антикоагулянтов ( аспирин, кардиомагнил и пр.)
- Ревматизм
- Проводилось ли исследование на ВИЧ, каков результат / « отр » / « + »
- Проводилось ли исследование на гепатит В, С, Е, каков результат «отр» / «+»
- Онкологические заболевания
- Проводилась ли лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет
- Остеопороз, лечение бисфосфонатами
- Ваша работа связана (ранее или сейчас) с вредными факторами:  
химическими, физическими (излучения, высокое давление, вибрации и т.д.)
- Бывает ли головокружение, потеря сознания, одышка при введении  
анестетиков или др. лекарственных препаратов?
- Есть ли инвалидность?

- Имеются ли у Вас другие проблемы со здоровьем о которых Вам известно?  
Какие? \_\_\_\_\_

**АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ и их проявления:** \* указать: \_\_\_\_\_

- Состою на учете у специалиста(ов) \_\_\_\_\_  
Последнее общемедицинское обследование проводилось в \_\_\_\_\_ году  
 Занимаетесь ли Вы экстремальными видами спорта

### **ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

- Аллергические реакции  
 Продолжительные кровотечения после незначительных порезов  
 Потери сознания  
 Какие-либо другие осложнения во время и после лечения  
 Хруст, боли или щелканье в височно-нижнечелюстном суставе  
 Герпетическая инфекция, простуда на губах  
 Кровоточивость десен при чистке, периодическая, постоянная  
 Чувство запаха изо рта  
 Бруксизм (скрежетание зубами ночью)  
 Нравится ли Вам ваша улыбка, хотите что то изменить?  
 Регулярно посещаете стоматолога?  
 Курите ли Вы? Сколько сигарет в день ?

### **ДЛЯ ПАЦИЕНТОК**

- Беременны ли Вы?  
 Являетесь ли Вы кормящей матерью?

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

Подпись пациента ✓ \_\_\_\_\_

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

Дата \_\_\_\_\_