

## 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.

Фамилия Имя Отчество

---

Дата рождения \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_

Неполная или неправильная информация может повредить Вашему здоровью!

Вопрос	Да/Нет
<b>1. Имеются ли в настоящее время или были заболевания/состояния:</b>	
Сердечно-сосудистые заболевания (инфаркт миокарда, стенокардия, порок сердца, сердечная недостаточность, аритмия, инсульт или другие)	
Заболевания органов дыхания (бронхиальная астма, хронический бронхит, туберкулез и другие)	
Заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь желудка/12-перстной кишки и другие)	
Заболевания печени и желчного пузыря (инфекционный гепатит и другие)	
Заболевания нервной системы (эпилепсия, параличи, судороги, потери сознания и другие)	
Эндокринные заболевания (сахарный диабет, тиреотоксикоз, гипотиреоз и другие)	
Заболевания крови (повышенная/пониженная свертываемость крови и другие)	
Заболевания ЛОР органов	
Заболевания костной системы, суставов (остеопороз, артриты и другие)	
Ревматизм	
Заболевания почек	
Заболевания кожи	
Онкологические заболевания	
Проводилась лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет	
ВИЧ-инфекция, СПИД	
Другие заболевания (указать какие)	
Были у Вас травмы головы или шеи	
Подвергались ли хирургическим операциям	

Проводилось ли переливание крови	
Наблюдается ли у Вас склонность к кровотечениям, в т.ч. при удалении зубов	
<b>2. Аллергологический анамнез:</b>	
<b>Были ли у Вас аллергические реакции в виде головокружения или потери сознания, удушья, крапивницы, Отека Квинке, зуда и покраснения кожи (нужное подчеркнуть) на:</b>	
Местные анестетики (новокаин, лидокаин, ультракаин, другие средства)	
Антибиотики	
Препараты йода	
Препараты хлора	
Анальгетики (анальгин, аспирин)	
Пищевые продукты	
Пыльца растений	
Шерсть животных	
Латекс	
Другие аллергены (указать конкретно)	
<b>3. Находитесь ли Вы на учете/под наблюдением какого-либо врача (укажите причины)</b>	
<b>4. Принимаете ли Вы какие-либо медикаменты в настоящее время (укажите название препарата и причину)</b>	
<b>5. Принимаете ли Вы препараты группы бисфосфонатов (например, Золендронат, Клодронат и др.)</b>	
<b>6. Знаете ли Вы уровень Вашего артериального давления (если «Да», укажите цифры)</b>	
<b>7. Анамнез жизни:</b>	
Наличие хронических интоксикаций (курение, прием алкоголя, наркотических веществ)	
Наличие профессиональных вредностей (радиационное излучение, выс.давление, хим.производство и другое)	

**Для пациенток:**

**Да/Нет**

1. Беременны ли Вы (если «Да» указать срок)
2. Являетесь ли Вы кормящей матерью.
3. Принимаете ли Вы противозачаточные препараты

Я хочу дополнительно сообщить о состоянии здоровья следующее: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Насколько мне известно, на все вопросы я ответил(а) аккуратно и достоверно.

Я понимаю, что сведения о состоянии здоровья надо периодически обновлять.

Я знаю, что в случае использования лекарственных препаратов накануне стоматологического приема, должен/должна сообщить об этом врачу.

Дата « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_