

Анкета здоровья пациента

Ф.И.О. _____

Дата рождения « ___ » _____ г. Контактный телефон _____

Место фактического проживания _____

Место работы (должность) _____

Страховая компания _____

Дата заполнения « ___ » _____ 201__ г.

Следующая информация очень важна для того, что мы смогли обеспечить Вас стоматологической помощью в соответствии с состоянием Вашего здоровья наиболее эффективно и безопасно. Неполная и неправильная информация может повредить Вашему здоровью. Вам необходимо ответить на каждый вопрос. Если вопрос непонятен или Вы не уверены в ответе, обсудите этот вопрос с Вашим врачом.

1. Как Вы оцениваете свое здоровье? «Превосходно», «Хорошо», «Нормально», «Плохо»

2. Когда Вы последний раз обследовались у врача? _____

3. Находитесь ли Вы под наблюдением какого-либо врача, пожалуйста, укажите причины этого? _____

4. Принимаете ли Вы какие-либо медикаменты в настоящее время? «Да», «Нет»

Если «Да», напишите, пожалуйста, названия препаратов и причины, по которым Вы их принимаете:

Название _____

Причина _____

5. Все ли лекарства или продукты Вы хорошо переносите? «Да», «Нет»

Если «Нет», укажите, пожалуйста, какие и коротко опишите, в чем проявлялась нежелательная реакция

6. Применяли ли Вы ранее средства для местного обезболивания (новокаин, лидокаин, ультракаин, другие средства)? «Да», «Нет»

7. Наблюдалась ли у Вас необычная реакция (слабость, потливость, затруднения дыхания, потери сознания, другие неприятные ощущения) на средства для местного обезболивания или медикаменты (например, на пенициллин, эритромицин, тетрацилин, бисептол и др.)? «Да», «Нет»

Если «Да», пожалуйста, опишите подробно _____

8. Знаете ли Вы уровень Вашего артериального давления? «Да», «Нет»

Если «Да», укажите, пожалуйста, цифры обычного для Вас давления _____

9. Подвергались ли Вы когда-либо хирургическим операциям? «Да», «Нет»

Если «Да», то какой? _____

10. Наблюдалось ли у Вас длительное кровотечение после операции? «Да», «Нет»

11. Имеете ли Вы кардиостимулятор или какой-либо другой вид протеза? «Да», «Нет»

12. Пожалуйста, обведите заболевание, которое у Вас имеется или было раньше:

а) **заболевания сердца** (перенесенный инфаркт, стенокардия, сердечная недостаточность или другие заболевания): «Нет», «Да». Если «Да», то какие _____

Укажите, какие лекарственные препараты Вы принимаете для лечения и в каких дозах _____

б) **заболевания органов дыхания** (бронхиальная астма, хронический бронхит, туберкулез и другие заболевания): «Нет», «Да». Если «Да», то какие _____

Укажите, какие лекарственные препараты Вы принимаете для лечения и в каких дозах _____

в) **заболевания органов пищеварения** (язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, гастрит и другие заболевания): «Нет», «Да». Если «Да», то какие _____

Укажите, какие лекарственные препараты Вы принимаете для лечения и в каких дозах _____

г) **заболевания печени** (желтуха, гепатит и другие заболевания): «Нет», «Да». Если «Да», то какие _____

Укажите, какие лекарственные препараты Вы принимаете для лечения и в каких дозах _____

д) **заболевания нервной системы** (параличи, судороги, птери сознания и другие заболевания): «Нет», «Да». Если «Да», то какие _____

Укажите, какие лекарственные препараты Вы принимаете для лечения и в каких дозах _____

е) **заболевания крови** (гемофилия, повышенная или пониженная свертываемость крови и другие заболевания): «Нет», «Да». Если «Да», то какие _____

Укажите, какие лекарственные препараты Вы принимаете для лечения и в каких дозах _____

ж) **эндокринные заболевания** (диабет, тиреотоксикоз, гипотериоз, базедова болезнь, микседема, зоб и другие заболевания): «Нет», «Да». Если «Да», то какие _____

Укажите, какие лекарственные препараты Вы принимаете для лечения и в каких дозах _____

13. Сколько раз в год Вы болеете простудными заболеваниями?

_____ Когда болели последний раз? _____

Пользуетесь ли Вы антибиотиками для лечения этих заболеваний? «Да», «Нет».

Если «Да», то укажите, пожалуйста, какие антибиотики и когда Вы применяли в последний раз _____

14. Имеются ли у Вас проблемы со здоровьем (укажите то, что считаете нужным) _____

15. Имеете ли Вы аллергию на латекс или какие-нибудь другие вещества или материалы? «Да», «Нет».

Если «Да», напишите, пожалуйста на какие _____

Специальные сведения (для пациенток)

1. Принимаете ли Вы в настоящее время противозачаточные средства в таблетках? «Да», «Нет»

2. Вы беременны? «Да», «Нет». Если «Да», укажите, пожалуйста, срок _____

Пожалуйста, после заполнения анкеты, обсудите свои ответы с врачом-стоматологом и задайте свои вопросы, если они у Вас возникли.

Подпись пациента _____ / _____