

Анкета здоровья пациента

Уважаемый пациент!

Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с вопросами к анамнезу и ответьте на них полностью, давая только утвердительные или отрицательные ответы. Данная информация необходима для того, чтобы стоматологическое лечение соответствовало состоянию Вашего здоровья.

ВОПРОСЫ К АНАМНЕЗУ:

Когда Вам проводилось последнее стоматологическое лечение и что было выполнено?
(например: удаление зубов, имплантация и др.)

Были у Вас какие-нибудь осложнения при проведении стоматологической анестезии? нет
да

Если да, то какие?

Были ли у Вас аллергические реакции? нет
да

Если да, то какие и на
что? _____

Принимаете ли Вы в данное время лекарственные препараты? нет
да

Если да, то какие и сколько в
день? _____

Для женщин детородного возраста: Беременны ли Вы? нет
да

Есть у Вас дети на грудном вскармливании? нет
да

Отмечаете ли Вы значительные изменения артериального давления:

- повышение артериального давления нет
да
- понижение артериального давления нет
да
- каковы цифры обычного для Вас артериального
давления _____

Отмечались ли у Вас ранее или имеются в настоящее время заболевания:

- Заболевания сердечно-сосудистой системы нет
да
- Расстройства дыхательной системы нет
да
- Патология мочеполовой системы нет
да
- Патология желудочно-кишечного тракта нет
да
- Гормональные расстройства нет
да
- Заболевания глаз нет
да
- Заболевание позвоночника или суставов нет
да

ЭЛЕСТОМ

Заболевание крови или нарушение свёртывания крови	нет да
Заболевание крови или нарушение свёртывания крови	нет да
Онкологические заболевания	нет да
Если да, укажите какие _____	
Заболевание центральной нервной системы	нет да
Прочие заболевания: (например: туберкулёз, ВИЧ-инфекция, сифилис, гепатит, кожные заболевания, отравления, и др.)	
Носите ли Вы кардиостимулятор?	нет да
Были ли у Вас травмы челюстно-лицевой области?	нет да
Есть ли у Вас изъязвления или незаживающие раны в полости рта?	нет да
Курите ли Вы?	нет да
Количество выкуриваемых сигарет в день _____ шт. Стаж курения _____ лет	
Употребляете ли Вы алкоголь?	нет да
Если да, укажите: 1)чаще, чем раз в неделю _____ 2)раз в 2 недели _____ 3)раз в месяц _____	
Связана ли ваша работа с воздействием вредных для человеческого организма факторов: радиация, высокое атмосферное давление и другие поражающие физические и(или) химические факторы?	нет да
Связана ли Ваша работа с деятельностью на химическом производстве или с нефтепродуктами или в агропроме?	нет да
Находитесь ли Вы в настоящий момент на стационарном лечении?	нет да

Подпись _____ Дата _____

Об изменениях вышеуказанной информации сразу же сообщайте лечащему врачу!