

На успешность лечения может оказывать влияние общее состояние здоровья пациента, в том числе имеющиеся у него заболевания. Существует ряд заболеваний и особых состояний организма, которые могут являться противопоказаниями для некоторых медицинских вмешательств.

Вот почему врачу важны сведения о состоянии Вашего здоровья. Они помогут правильно выбрать подходящее Вам лечение, предоставить обоснованные гарантии на выполненные работы.

Просим Вас достоверно и внимательно заполнить этот бланк. Вся предоставленная Вами информация является медицинской тайной и не может быть передана третьим лицам.

АНКЕТА ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

1. ПАЦИЕНТ: _____

Дата рождения: _____ года

Телефон: +7(____)_____

Сведения о законном представителе Пациента (если Пациенту не исполнилось 18 лет):

Законный представитель пациента: \${defaultRepresentativeClientName}

Отвечая на вопросы анкеты, давайте ответ **ДА** или **НЕТ** по каждому пункту.

Последнее посещение врача стоматолога: _____
(указать месяц и год)

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
и сердца	[A]	[ET]
и миокарда	[A]	[ET]
и кардиостимулятора	[A]	[ET]
и сосудов	[A]	[ET]
или понижение артериального давления	[A]	[ET]
и легких	[A]	[ET]
и астма	[A]	[ET]
и желудочно-кишечного тракта	[A]	[ET]
и печени	[A]	[ET]
и почек	[A]	[ET]
и щитовидной, паращитовидной железы, др. желез	[A]	[ET]
и диабет	[A]	[ET]
и головного мозга	[A]	[ET]
и др. заболевания центральной и периферической нервной системы	[A]	[ET]
и свертываемости крови	[A]	[ET]
и ЛОР органов (уха, горла, носа)	[A]	[ET]
и костной системы, суставов	[A]	[ET]
и кожи	[A]	[ET]
и ВИЧ	[A]	[ET]
и как ли исследование на ВИЧ	[A]	[ET]
и каков результат	[A]	[ET]
и заболевания (были, есть)	[A]	[ET]
и длительная необъяснимая лихорадка	[A]	[ET]
и увеличены лимфатические узлы (железы)	[A]	[ET]
и частые головные боли	[A]	[ET]
и ли потеря веса в последние 6 месяцев	[A]	[ET]
и другие заболевания	[A]	[ET]
и Вы донором	[A]	[ET]
и как ли переливания крови (когда)	[A]	[ET]
и другие заболевания	[A]	[ET]
и как ли лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет	[A]	[ET]
и другие заболевания	[A]	[ET]
и как связана (ранее или сейчас) с вредными факторами: химическими, физическими, высоким давлением, вибрации и т.д.)	[A]	[ET]

оловокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или др. лекарственных	А	ЕТ
алидность	А	ЕТ
АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ:		
е анестетики	А	ЕТ
отики	А	ЕТ
нилимиды	А	ЕТ
аты йода	А	ЕТ
альные препараты	А	ЕТ
лекарственные препараты	А	ЕТ
и растения	А	ЕТ
животных	А	ЕТ
вещества	А	ЕТ
ые продукты	А	ЕТ
или периодически принимаю лекарственные препараты, какие _____	А	ЕТ
ь ли лечение иных заболеваний за прошедшие дни, недели, месяцы	А	ЕТ
учете в лечебном учреждении	А	ЕТ
ТЕЛЕФОННАЯ ИНФОРМАЦИЯ, КАСАЮЩАЯСЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ		
длении стоматологического лечения в прошлом были:		
ские реакции	А	ЕТ
тельное кровотечение	А	ЕТ
знания	А	ЕТ
о другие осложнения во время и после лечения	А	ЕТ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ		
лей и щелканье в нижнечелюстном суставе	А	ЕТ
ость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная)	А	ЕТ
герпеса «простуды» на губах с периодичностью в год	А	ЕТ
трещин губ, заед	А	ЕТ
ь положение губы (верхней, нижней) или изменилась улыбка	А	ЕТ
ючное скрежетание зубами)	А	ЕТ
кое появление язв в полости рта	А	ЕТ
ы изменить цвет или форму зубов	А	ЕТ
кая или постоянная сухость во рту	А	ЕТ
апах изо рта	А	ЕТ
ивычки (курение, прием алкоголя и наркотических средств)	А	ЕТ
ДЛЯ ПАЦИЕНТОК		
ны?	А	ЕТ
и Вы кормящей матерью	А	ЕТ
нарушение менструального цикла	А	ЕТ
или периодически принимаете противозачаточные препараты	А	ЕТ

Я откровенно и честно ответил(а) на вопросы анкеты.

Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее:

Мне известно, что от состояния моего здоровья зависят:

- результаты лечения;
- гарантии на овеществленные результаты предоставленных медицинских услуг.

Я знаю:

- что в случае приема лекарственных препаратов, изменениях в состоянии моего здоровья, перед посещением стоматолога, мне надо сообщать ему об этом.
- что сведения о состоянии здоровья надо обновлять один раз в шесть месяцев.

Я разрешаю / не разрешаю администраторам клиники звонить по указанным мной в анкете телефонам, чтобы напомнить о приёме, контрольном осмотре или сообщить о других изменениях в расписании клиники.

Дата: ____ . ____ . 2023 года

Подпись пациента (законного представителя пациента):

_____ / 