Анкета о состоянии здоровья

Пожалуйста, внимательно заполните эту анкету. Подробная информация о вашем здоровье очень важна для проведения грамотного и безопасного стоматологического лечения.

Ф.И.О. пациента _____Дата рождения:_____

Есть ли у Вас в настоящее время или были в прошлом такие заболевания/состояния:

Заболевание сердца и сосудов, наличие кардиостимулятора, инсульт: ДА☐ НЕТ☐

если да, то какие _____

Артериальное давление ДА☐ НЕТ☐

Если да, то какое _____

Заболевание легких, бронхиальная астма ДА☐ НЕТ☐

если да, то какие _____

Заболевания желудочно-кишечного тракта, печени, почек ДА☐ НЕТ☐

если да, то какие _____

Эндокринные заболевания ДА☐ НЕТ☐

если да, то какие _____

Заболевания нервной системы ДА☐ НЕТ☐

если да, то какие _____

Психические заболевания ДА☐ НЕТ☐

если да, то какие _____

Заболевания крови, нарушения свертываемости ДА☐ НЕТ☐

если да, то какие _____

Заболевания уха, горла, носа ДА☐ НЕТ☐

если да, то какие _____

Заболевания иммунной системы, онкологические ДА☐ НЕТ☐

если да, то какие _____

Заболевания костной системы, суставов ДА☐ НЕТ☐

если да, то какие _____

Инфекционные заболевания (гепатит, туберкулез, СПИД, венерические заболевания другие) ДА☐ НЕТ☐

если да, то какие _____

Аллергические реакции на анестетики, антибиотики, гормоны, йод, другие препараты ДА☐ НЕТ☐

если да, на что и как проявляется_____

Другие проблемы со здоровьем, о которых мне известно_____

Принимаете ли вы в настоящее время какие-нибудь лекарства ДА☐ НЕТ☐

если да, то какие _____

Принимаете ли вы Противосудорожные ДА☐ НЕТ☐

Принимаете ли вы Антикоагулянты ДА☐ НЕТ☐

Принимаете ли вы Иммунодепрессанты ДА☐ НЕТ☐

Ваша работа связана с вредными факторами:химическими,физическими,биологическими ДА☐ НЕТ☐

Проводилась ли лучевая, химиотерапия, радиотерапия последние 5 лет ДА☐ НЕТ☐

Состоите ли на учете в лечебном учреждении ДА☐ НЕТ☐

Если да, то у какого специалиста_____

Появляется ли герпес (простуда) на губах ДА☐ НЕТ☐

Если да, то с какой периодичностью_____

Курите ли вы ДА☐ НЕТ☐

Для женщин:

Беременны ли Вы? ДА☐ НЕТ☐

Кормите ли Вы грудью в настоящее время? ДА ☐ НЕТ☐

Я правильно ответил(а) на все вопросы анкеты и осознаю, что сведения о состоянии моего здоровья необходимо обновлять с периодичностью 1 раз в полгода

Дата _____ Подпись _____