

На успешность Вашего лечения (лечение Вашего ребенка) может оказывать влияние общее состояние здоровья, в том числе имеющиеся 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 (здоровья Вашего ребенка). Они помогут правильно выбрать подходящее лечение, предоставить обоснованные гарантии на оказанные услуги.

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 ПАЦИЕНТА

Пациент: _____

Законный представитель пациента: _____

Дата рождения пациента: « ____ » _____ года, телефон: _____, эл. почта: _____

Откуда Вы узнали о Клинике: по рекомендации, 2ГИС/Фламп, Вконтакт, сайт Клиники, вывеска, реклам/баннер, журнал, Яндекс, интернет, реклама в кафе «Перцы», ПроДокторов, Инстаграм

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

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

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Заболевания сердца	ДА	НЕТ
Инфаркт миокарда	ДА	НЕТ
Наличие кардиостимулятора	ДА	НЕТ
Заболевания сосудов	ДА	НЕТ
Инсульт	ДА	НЕТ
Повышение или понижение артериального давления	ДА	НЕТ
Заболевания легких	ДА	НЕТ
Бронхиальная астма	ДА	НЕТ
Заболевания желудочно-кишечного тракта	ДА	НЕТ
Заболевания печени	ДА	НЕТ
Заболевания почек	ДА	НЕТ
Заболевания щитовидной, паращитовидной железы, др. желез	ДА	НЕТ
Сахарный диабет	ДА	НЕТ
Травмы	ДА	НЕТ
Сотрясение головного мозга	ДА	НЕТ
Эпилепсия и др. заболевания центральной и периферической нервной системы	ДА	НЕТ
Заболевание крови	ДА	НЕТ
Нарушение свертываемости крови	ДА	НЕТ
Заболевания ЛОР органов (уха, горла, носа)	ДА	НЕТ
Заболевание костной системы, суставов	ДА	НЕТ
Заболевания кожи	ДА	НЕТ
Нейродермит	ДА	НЕТ
Проводилось ли исследование на ВИЧ	ДА	НЕТ
если ДА, то каков результат	положительный	отрицательный
Грибковые заболевания (были, есть)	ДА	НЕТ
Была ли длительная необъяснимая лихорадка	ДА	НЕТ
Постоянно увеличены лимфатические узлы (железы)	ДА	НЕТ
Беспричинные головные боли	ДА	НЕТ
Отмечалась ли потеря веса в последние 6 месяцев	ДА	НЕТ
Венерические заболевания	ДА	НЕТ
Являетесь ли Вы донором	ДА	НЕТ
Проводились ли переливания крови (когда)	ДА	НЕТ
Инфекционные заболевания	ДА	НЕТ
Проводилась ли лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет	ДА	НЕТ
Другие заболевания (если ДА, указать какие):	ДА	НЕТ
Ваша работа связана (ранее или сейчас) с вредными факторами: химическими, физическими (излучения, высокое давление, вибрации и т.д.)	ДА	НЕТ
Бывает ли головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов	ДА	НЕТ
Есть ли инвалидность	ДА	НЕТ

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ:

• на местные анестетики	ДА	НЕТ
• на антибиотики	ДА	НЕТ
• на сульфанилимиды	ДА	НЕТ
• на препараты йода	ДА	НЕТ
• на гормональные препараты	ДА	НЕТ
• на другие лекарственные препараты	ДА	НЕТ
• на пыльцу и растения	ДА	НЕТ
• на шерсть животных	ДА	НЕТ
• на другие вещества	ДА	НЕТ
• на пищевые продукты	ДА	НЕТ

Постоянно или периодически принимаю лекарственные средства (если ДА, указать какие) ДА НЕТ

Проводилось ли лечение иных заболеваний за прошедшие дни, недели, месяцы ДА НЕТ

Состою на учете в лечебном учреждении ДА НЕТ

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, КАСАЮЩАЯСЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

При прохождении стоматологического лечения в прошлом были:

• аллергические реакции	ДА	НЕТ
• продолжительное кровотечение	ДА	НЕТ
• потеря сознания	ДА	НЕТ
• какие-либо другие осложнения во время и после лечения (если ДА, указать какие)	ДА	НЕТ

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Наличие болей и щелканье в нижнечелюстном суставе	ДА	НЕТ
Кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная)	ДА	НЕТ
Появление герпеса «простуды» на губах с периодичностью в год	ДА	НЕТ
Появление трещин губ, заед	ДА	НЕТ
Изменилось положение губы (верхней, нижней) или изменилась улыбка	ДА	НЕТ
Бруксизм (ночное скрежетание зубами)	ДА	НЕТ
Периодическое появление язв в полости рта	ДА	НЕТ
Хотелось бы изменить цвет или форму зубов	ДА	НЕТ
Периодическая или постоянная сухость во рту	ДА	НЕТ
Чувствую запах изо рта	ДА	НЕТ
Вредные привычки:	ДА	НЕТ
• курение	ДА	НЕТ
• наркотические средства	ДА	НЕТ
• прием алкоголя	ДА	НЕТ

ДЛЯ ПАЦИЕНТОК

Вы беременны?	ДА	НЕТ
Являетесь ли Вы кормящей матерью	ДА	НЕТ
Имеется ли нарушение менструального цикла	ДА	НЕТ
Постоянно или периодически принимаете противозачаточные препараты	ДА	НЕТ

ДЛЯ ДЕТЕЙ

Есть ли у ребенка страх врачей, незнакомых людей	ДА	НЕТ
Затруднено ли ребенка носовое дыхание	ДА	НЕТ
Наблюдала бледность, синеву носогубного треугольника при плаче/физ.нагрузке	ДА	НЕТ
Любимый м/ф ребенка/герой		

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

Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья (здоровья моего ребенка) следующее:

Мне известно, что от состояния моего здоровья (здоровья ребенка) зависят:


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

Я понимаю:

- что в случае приема лекарственных препаратов, изменениях в состоянии моего здоровья (здоровья ребенка), перед посещением стоматолога, мне необходимо сообщать врачу об этом;
- что сведения о состоянии здоровья надо обновлять один раз в год.

Я разрешаю/не разрешаю (подчеркнуть) администраторам Клиники звонить по указанному мной в анкете телефону (направлять смс), чтобы напомнить о приёме, контрольном осмотре или сообщить о других изменениях в расписании Клиники.

Подпись пациента (законного представителя):

_____ / _____ 

Дата: « ____ » _____ 20 ____ года