Успешность стоматологического лечения может зависеть от наличия степени развития общих заболеваний организма. Вот почему врачу важны сведения о состоянии Вашего здоровья. Они помогут правильно составить план лечения, дать обоснованные гарантии на выполненную работу.

КАРТА ОПРОСА БОЛЬНОГО ПЕРЕД СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ МАНИПУЛЯЦИЕЙ В ООО «СТОМАТОЛОГИИ «АЙБОЛИТ»
(АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ)

Пациент Фамилия_____ Имя _____Отчество_____

Число/месяц/год рождения _____ Адрес места прописки _____

Адрес по месту проживания _____

Тел. Дом. _____ раб. _____ сот._____

Достоверность вышеуказанной информации гарантирую.

Дата _____ _____ 20___г. Подпись пациента _____

ФИО Заказчика (Законного представителя)_____

Адрес места прописки _____тет_____

Дата _____ _____ 20___г. Подпись заказчик _____

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

АНКЕТА О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ

Отвечая на вопросы анкеты, надо давать ответ **ДА** или **НЕТ** по каждому пункту. Сообщаемые Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам. Последнее посещение врача стоматолога_____
(указать месяц и год)

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
Заболевания сердца	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, Заболевания почек,	ДА	НЕТ
Заболевания щитовидной, паращитовидной железы, др. желез	ДА	НЕТ
Сахарный диабет	ДА	НЕТ
Сотрясение головного мозга	ДА	НЕТ
Эпилепсия и др. заболевания центральной и периферической нервной системы	ДА	НЕТ
Заболевание крови, Нарушение свертываемости крови	ДА	НЕТ
Заболевания ЛОР органов (уха, горла, носа)	ДА	НЕТ
Проводилось ли исследование на СПИД Результат _____	ДА	НЕТ
Была ли длительная необъяснимая лихорадка	ДА	НЕТ
Бывают ли длительные боли в горле или затрудненное глотание	ДА	НЕТ
Постоянно увеличены лимфатические узлы (железы)	ДА	НЕТ
Беспричинные головные боли	ДА	НЕТ
Венерические заболевания	ДА	НЕТ
Проводились ли переливания крови (когда)	ДА	НЕТ
Проводились ли инъекции (внутримышечные, подкожные и др.) за последние 6 месяцев	ДА	НЕТ
Проводилась ли лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет	ДА	НЕТ
Операции	ДА	НЕТ
Другие заболевания	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. лекарств	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 пищевые продукты	ДА	НЕТ
* на шерсть животных	ДА	НЕТ
* на другие вещества	ДА	НЕТ
Постоянно или периодически принимаю лекарственные препараты	ДА	НЕТ
Проводилось ли лечение иных заболеваний за прошедшие дни, недели, месяцы	ДА	НЕТ
Состою на учете в лечебном учреждении	ДА	НЕТ
Последнее общемедицинское обследование проводилось в году	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 зубов)	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 (курение, прием алкоголя и наркотических средств)	ДА	НЕТ
ДЛЯ ПАЦИЕНТОК		
Беременны ли Вы	ДА	НЕТ
Являетесь ли Вы кормящей матерью	ДА	НЕТ
Имеется ли нарушение менструального цикла	ДА	НЕТ
Постоянно или периодически принимаете противозачаточные препараты	ДА	НЕТ
Последнее посещение врача-гинеколога в году	ДА	НЕТ

Я искренне ответил(а) на пункты анкеты. Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее: _____

Мне известно, что сведения о состоянии здоровья надо периодически обновлять. Если в состоянии моего здоровья произойдут какие либо изменения я обязуюсь сообщить в клинику при следующем посещении.

• Мне известно, что результаты лечения (выполнения работ) зависят от состояния моего здоровья.

• Мне известно, что гарантии на каждую выполненную Исполнителем работу будут определяться с учетом моего здоровья.

Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога, мне надо сообщать об этом врачу.

Я информирован(а) о выполнении ортопантомограммы перед стоматологическим лечением и готов(а) при необходимости дополнительно сделать прицельные рентгеновские снимки зубов, в а также другие виды исследований.

"_____" _____ 20 ___ г. Подпись пациента_____(_____)

"_____" _____ 20 ___ г. Подпись заказчика_____(_____)

"_____" _____ 20 ___ г. Подпись ВРАЧА_____(_____)