



АНКЕТА О ЗДОРОВЬЕ

Уважаемый пациент!

Врачу необходима информация о состоянии Вашего здоровья в целях обеспечения успешного и безопасного решения Ваших стоматологических проблем, так как процесс лечения и его ближайшие и отдаленные результаты могут быть связаны с заболеваниями различных органов и систем, приемом лекарств, физиологическими особенностями организма.

Внимательно заполните предлагаемую анкету. Мы гарантируем, что сведения, указанные Вами в анкете, будут использованы только в целях лечения и профилактики и не будут доступны посторонним лицам.

Фамилия Имя Отчество: _____

Дата рождения: _____ / _____ / _____

**Помните! Неполная или неправильная информация
может повредить Вашему здоровью!**

Вопрос	Да или Нет (+) (-)
1. Имеются ли в настоящее время или были заболевания/состояния:	
Сердечно-сосудистые заболевания (инфаркт миокарда, стенокардия, порок сердца, сердечная недостаточность, аритмия, инсульт или другие)	
Заболевания органов дыхания (бронхиальная астма, хронический бронхит, туберкулез и другие)	
Заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь желудка/12-перстной кишки и другие)	
Заболевания печени и желчного пузыря (инфекционный гепатит и другие)	
Заболевания нервной системы (эпилепсия, параличи, судороги, потери сознания и другие)	
Эндокринные заболевания (сахарный диабет, тиреотоксикоз, гипотиреоз и другие)	
Заболевания крови (повышенная/пониженная свертываемость крови и другие)	
Заболевания ЛОР органов	
Заболевания костной системы, суставов (остеопороз, артриты и другие)	
Ревматизм	
Заболевания почек	
Заболевания кожи	
Онкологические заболевания	
Проводилась лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет	
ВИЧ-инфекция, СПИД	
Другие заболевания (указать какие)	
Были у Вас травмы головы или шеи	

Подвергались ли хирургическим операциям	
Проводилось ли переливание крови	
Наблюдается ли у Вас склонность к кровотечениям, в т.ч. при удалении зубов	
2. Аллергологический анамнез:	
Были ли у Вас аллергические реакции в виде головокружения или потери сознания, удушья, крапивницы, Отека Квинке, зуда и покраснения кожи (нужное подчеркнуть) на:	
Местные анестетики (новокаин, лидокаин, ультракаин, другие средства)	
Антибиотики	
Препараты йода	
Препараты хлора	
Анальгетики (анальгин, аспирин)	
Пищевые продукты	
Пыльца растений	
Шерсть животных	
Латекс	
Другие аллергены (указать конкретно)	
3. Находитесь ли Вы на учете/под наблюдением какого-либо врача (укажите причины)	
4. Принимаете ли Вы какие-либо медикаменты в настоящее время (укажите название препарата и причину)	
5. Принимаете ли Вы препараты группы бисфосфонатов (при остеопорозе и онкозаболеваниях)	
6. Знаете ли Вы уровень Вашего артериального давления (если «Да», укажите цифры)	
7. Анамнез жизни:	
Наличие хронических интоксикаций (курение, прием алкоголя, наркотических веществ)	
Наличие профессиональных вредностей (радиационное излучение, выс. давление, хим. производство и другое)	

Для женщин (пациенток):

Да/Нет

1. Беременны ли Вы (если «Да», указать срок)?
2. Являетесь ли Вы кормящей матерью?
3. Принимаете ли Вы противозачаточные препараты?

Я хочу дополнительно сообщить о состоянии здоровья следующее: _____

Насколько мне известно, на все вопросы я ответил(а) аккуратно и достоверно.

Я понимаю, что сведения о состоянии здоровья надо периодически обновлять.

Я знаю, что в случае использования лекарственных препаратов накануне стоматологического приема должен/должна сообщить об этом врачу.

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Подпись пациента _____