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

Пациент: <Пациент.ФИО>

Дата рождения: <Пациент.Дата рождения> г.

Законный представитель пациента: <Законный представитель.ФИО>

Телефон: <Законный представитель.Телефон>

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

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

Отвечая на вопросы анкеты, давайте ответ по каждому пункту	ДА	НЕТ
АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ:		
* на местные анестетики		
* на антибиотики		
* на сульфанилимиды		
* на препараты йода		
* на гормональные препараты		
* на другие лекарственные препараты		
* на пыльцу и растения		
* на шерсть животных		
* на другие вещества		
* на пищевые продукты		
Постоянно или периодически принимаю лекарственные препараты, какие:		
Проводилось ли лечение иных заболеваний за прошедшие дни, недели, месяцы		
Состою на учете в лечебном учреждении		
ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, КАСАЮЩАЯСЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ		
При прохождении стоматологического лечения в прошлом были:		
- Аллергические реакции		
- Продолжительное кровотечение		
- Потеря сознания		
- Какие-либо другие осложнения во время и после лечения		
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ		
Наличие болей и щелканье в нижнечелюстном суставе		
Кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная)		
Появление герпеса «простуды» на губах с периодичностью в год		
Появление трещин губ, заед		
Изменилось положение губы (верхней, нижней) или изменилась улыбка		
Бруксизм (ночное скрежетание зубами)		
Периодическое появление язв в полости рта		
Хотелось бы изменить цвет или форму зубов		
Периодическая или постоянная сухость во рту		
Чувствую запах изо рта		
Вредные привычки (курение, прием алкоголя и наркотических средств)		
ДЛЯ ПАЦИЕНТОК		
Вы беременны?		
Являетесь ли Вы кормящей матерью		
Имеется ли нарушение менструального цикла		
Постоянно или периодически принимаете противозачаточные препараты		

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

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

Дата: *<Договор.Дата договора> г.*

Подпись законного представителя: _____ / *<Законный представитель.ФИО>* /