

**ВНИМАНИЕ!!!** Успешность стоматологического лечения может зависеть от наличия и степени развития общих заболеваний организма. Врачу-стоматологу очень важны сведения о состоянии Вашего здоровья. Они помогут правильно составить план лечения, обеспечить безопасность и эффективность проведения лечебных мероприятий, дать обоснованные гарантии на выполненную работу. Недостовверная информация может привести к недостижению желаемого результата и повредить Вашему здоровью!

**Сообщенные Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам. Конфиденциальность гарантируется. Сбор анамнеза проводится с целью надлежащего исполнения договора возмездного оказания медицинских услуг.**

Если в качестве ответа на вопрос предложено окошко  необходимо отметить V, если нужный вариант ответа «Да» по каждому пункту.

**АНКЕТА О ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТА за \_\_\_\_\_ год**

Ф.И.О. Пациента \_\_\_\_\_

Возраст Пациента \_\_\_\_\_

1. Наличие хронической интоксикации: курение  прием алкоголя  прием наркотических средств
2. Наличие профессиональных вредностей (излучение, выс. давление, вибрация и другое) \_\_\_\_\_
3. Имеются ли наследственные заболевания? \_\_\_\_\_
4. Находились ли Вы под наблюдением врача в течение прошедших двух лет, в т.ч. стационарно; а так же находитесь ли в период настоящего времени? Если “Да”, то укажите причину \_\_\_\_\_
5. Принимали ли Вы длительное время в течение прошедших двух лет какие-либо лекарственные препараты, процедуры (массаж, ванны, грязи, физиотерапия), и принимаете ли в настоящее время? Если “Да”, то перечислите наименования \_\_\_\_\_
6. Когда Вы в последний раз были на приеме у стоматолога, по какому поводу? \_\_\_\_\_
7. Наблюдались ли у Вас при предыдущем стоматологическом лечении аллергические реакции, продолжительное кровотечение, отеки, болезненные ощущения, какие-либо другие осложнения во время или после стоматологического лечения? Если “Да”, то какие \_\_\_\_\_
8. Стоматологический анамнез. Укажите те состояния, которые у Вас были когда-то или имеются в настоящее время. травмы костей лицевого черепа  абсцессы и флегмоны (сильные нагноения) в области зубов  госпитализация по причине заболевания зубов  заболевания слюнных желез  использование протезов ранее  герпес, трещины, заеды на губах, язвочки в полости рта в течении 2 лет  периодическая и постоянная сухость во рту  запах изо рта  кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная)  наличие шумов, хруста или боли при открывании рта  бруксизм (скрежетание зубами)  сжатие зубов в стрессовых ситуациях  осложнения после применения анестезии или наркоза
9. Аллергический анамнез. Бывают ли у Вас аллергические реакции? \_\_\_\_\_ Если “Да”, то укажите V их проявления: анафилактический шок  отек Квинке  остановка дыхания/сердца  затруднения дыхания  слезотечение, насморк  крапивница, сыпь, зуд, покраснения на коже/слизистых  отеки  плохое самочувствие   
Укажите лекарственные препараты на которые возникла аллергия \_\_\_\_\_
10. Укажите те состояния, которые у Вас были когда-то или имеются в настоящее время: заболевания сердца , инфаркт миокарда  инсульт  давление (повышенное, пониженное)  нарушение свертываемости крови  заболевание печени, почек  сахарный диабет  туберкулез  заболевания щитовидной, паразитовидной желез  эпилепсия, другие заболевания центральной и периферической нервной системы  проходили психиатрическое лечение  заболевания легких, бронхиальная астма  СПИД  заболевания костной системы, суставов, кожи  инфекционные заболевания (гепатиты А,В,С и другое)  заболевания желудочно-кишечного тракта (в том числе частые рвоты)  заболевания ЛОР-органов (уха, горла, носа)  заболевание гайморовых пазух  постоянно увеличены лимфатические узлы (железы)  дисбактериоз кишечника, частые диареи (поносы)  онкология  проводилась лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет  заболевания глаз
11. **Для женщин:** Принимаете ли Вы контрацептивные препараты? Если “Да”, то какие \_\_\_\_\_  
Вы беременны (срок), подозреваете беременность или являетесь кормящей матерью? \_\_\_\_\_

Я достоверно ответил(а) на вопросы анкеты. Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_