

АНКЕТА ПАЦИЕНТА.

Последующая информация является важной для проведения эффективного стоматологического лечения в соответствии с Вашим общим состоянием здоровья. Вам необходимо дать ответы на все вопросы. Если вопрос непонятен или Вы не уверены в ответе, обсудите этот вопрос с врачом.

Неполная или неправильная информация может повредить Вашему здоровью.

1. Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением врача?

Если «Да», то укажите причину..... Да Нет

2. Принимаете ли Вы в настоящее время какие-либо лекарственные препараты?

Если «Да», то перечислите наименования..... Да Нет

3. Посещаете ли Вы в настоящее время какие – либо процедуры

(массаж, ванны, грязи, физиотерапия)? Если «Да», то перечислите..... Да Нет

4. Если Вы лечитесь в настоящее время (лечились ранее) или имеете информацию (подозреваете) о наличии у Вас следующих заболеваний и состояний, дайте краткое описание:

- сердечно –сосудистые заболевания;..... Да Нет
- желудочно – кишечные заболевания;..... Да Нет
- повышенное(пониженное) кровяное давление;..... Да Нет
- повышенная кровоточивость, анемия, несвёртываемость крови, переливание крови;..... Да Нет
- астма, туберкулёз, сезонная аллергия;..... Да Нет
- доброкачественные, злокачественные опухоли, радиологическое лечение, химиотерапия;..... Да Нет
- диабет;..... Да Нет
- гепатит, желтуха;..... Да Нет
- заболевание почек и мочевыводящих путей;..... Да Нет
- заболевание щитовидной железы;..... Да Нет
- паралич, парез, конвульсии, обмороки, потеря сознания;..... Да Нет
- артрит;..... Да Нет
- венерические заболевания или СПИД;..... Да Нет
- травмы головы или шеи, автомобильные аварии, хирургические операции;..... Да Нет
- лечение нижнечелюстного сустава;..... Да Нет
- имеются ли у Вас другие проблемы со здоровьем ,о которых Вам известно? Если «Да», то какие..... Да Нет

5. Наблюдалось ли у Вас во время последнего стоматологического лечения аллергическая реакция, продолжительное кровотечение, какие – либо другие осложнения ?

Если «Да», то какие Да Нет

6. Курите ли Вы?..... Да Нет

7. Есть ли у Вас аллергия на металл (в т.ч. на бижутерию) ?..... Да Нет

Для женщин: Вы беременны, подозреваете беременность или кормите ребёнка..... Да Нет

Я, _____ удостоверяю, что все перечисленные выше ответы правильны и корректны. Если в моём состоянии здоровья произойдут изменения, я обязательно информирую об этом своего стоматолога в следующее посещение. Даю свое согласие на проведение диагностики с использованием компьютерного визиографа (рентгенологические снимки).

Следующая информация поможет врачу составить лечебный план в соответствии с Вашими ожиданиями:

1. Причина Вашего обращения в клинику:

- Нужна полная санация
- Необходимо решить конкретную стоматологическую проблему
- Комплексное стоматологическое лечение
- Свой вариант.....

Дата: _____

2. Что для Вас особенно важно?

- Быстрота
- Эстетика
- Функциональность
- Комплексное стоматологическое лечение
- Свой вариант.....

Подпись пациента: _____