

## 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. Принимаете ли **бисфосфонаты**

(Алендра, Ландромакс, Осталон, Остемакс, Ризендрол35, Акласта, омета, Метакос, Блазтер, Дезтрон, Золдрия, Золендаран, Памиред, Памифос, Памиредин, Памидрия-90, Бонвива.....Да  Нет

4. Посещаете ли Вы в настоящее время какие-либо лечебные процедуры

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

5. 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) АД.....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

• сахарный диабет.....Да  Нет

• гепатит, желтуха.....Да  Нет

• заболевание почек и мочевыводящих путей.....Да  Нет

• заболевание щитовидной железы.....Да  Нет

• паралич, парез, конвульсии, обмороки, потер.....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

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

Если «Да», то какие.....Да  Нет

7. Курите ли Вы? .....Да  Нет

8. 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 следующем посещении. 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.....

**2. Что для Вас особенно важно? Выберите только один вариант:**

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

Дата: \_\_\_\_\_

Подпись пациента: \_\_\_\_\_