

АНКЕТА (заполняется пациентом / законным представителем)
О своем здоровье / о здоровье своего ребенка сообщая следующее:

ВОПРОСЫ: (НУЖНОЕ ПОДЧЕРКНИТЕ)	Да	Нет
При прохождении стоматологического лечения в прошлом были: Аллергические реакции, Продолжительное кровотечение, Потеря сознания. Какие-либо другие осложнения во время и после лечения: _____		
Был ли у Вас (у ребенка) негативный опыт стоматологического лечения?		
Бывают ли у Вас (у ребенка) такие проявления аллергии как: крапивница; местный отек; кашель; заложенность носа; выделения из носа; кожный зуд; покраснения глаз, слезотечение, и др. Если «Да», то с чем, по Вашему мнению, это связано: _____		
Были ли у Вас (ребенка) следующие реакции при введении местных анестетиков и других лекарственных препаратов: головокружение; потеря сознания; одышка; крапивница; аллергические реакции.		
Заболевания сердца, сосудов, наличие кардиостимуляторов, наличие искусственных клапанов, были ли операции на сердце?		
Артериальная гипертензия: если «Да», то какое у Вас обычно, при хорошем самочувствии артериальное давление: _____		
Вегетососудистая дистония по гипотоническому типу, астеновегетативный синдром. Если «Да», то какое у Вас обычно, при хорошем самочувствии АД: _____		
Заболевания крови; Нарушение свертываемости крови _____		
Заболевания печени и желчевыводящих путей; Заболевания почек; надпочечников; Заболевания желудочно-кишечного тракта		
Заболевание щитовидной железы, сахарный диабет. Если «Да», то какого типа: _____		
Заболевания кожи _____		
Заболевания венерические, ВИЧ, гепатит, СПИД		
Заболевания ЛОР-органов _____		
Заболевания глаз (глаукома и др.) _____		
Заболевания костной системы, суставов; Заболевания позвоночника, радикулит, остеохондроз, другое _____		
Инфекционные заболевания _____		
Заболевания онкологические _____		
Заболевания легких, бронхиальная астма, туберкулез _____		
Сотрясения, ушибы головного мозга. Если «Да», то когда перенесены _____		
Травмы или Операции. Если «Да», то по поводу чего _____		
Заболевания психической сферы: психические расстройства/заболевания. Если «Да», то какие _____		
Заболевания головного мозга: инсульты, опухоли, менингиты, энцефалиты, эпилепсия _____		
Заболевания нервной системы: невриты, паралич _____		
Принимаете ли Вы (ребенок) в настоящее время, какие-либо лекарственные препараты. Если «Да», указать какие и в какое время суток, когда был последний прием: _____		
ДЛЯ ПАЦИЕНТОК:		
Беременны ли Вы? Если «Да», то укажите срок в неделях _____		
Являетесь ли Вы кормящей матерью?		
ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, КАСАЮЩАЯСЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ:		
Наличие болей и щелканье в нижнечелюстном суставе Повышенная чувствительность в внутриротовым раздражителям (рвотный рефлекс) Кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная) Появление герпеса («простуды») на губах с периодичностью _____ в год Бруксизм (ночное скрежетание зубов) Периодическое появление язв в полости рта / трещин губ / заед Чувствую запах изо рта Вредные привычки (курение, прием наркотических средств) Как Вы оцениваете Ваш стоматологический статус: хорошо / удовлетворительно / плохо		
<p><i>Мне известно, что сведения о состоянии здоровья необходимо периодически обновлять.</i> <i>Мне известно, что результаты лечения (выполнения работ) зависят от состояния моего здоровья.</i> <i>Мне известно, что гарантии на каждую выполненную исполнителем работу будут определяться с учетом моего здоровья.</i> <i>Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога, мне необходимо сообщать об этом врачу.</i> <i>Своей подписью я подтверждаю точность и достоверность сведений, предоставленных мною.</i></p>		
<p>Подпись Пациента / Законного представителя √ _____ « _____ » _____ 20 _____ г.</p>		
<p>Расписался в моем присутствии _____ / _____ (подпись / Ф.И.О. лечащего врача)</p>		