

ООО Стоматологический салон «Консул»

АНКЕТА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА

(Приложение к Договору возмездного оказания медицинских услуг № _____ от «___» _____ 20__ г.

Ф.И. О. _____		
Дата рождения: _____ Телефон: _____		
Образовательное учреждение		
Последнее посещение врача-стоматолога (месяц, год)		
ПЕРЕНЕСЕННЫЕ СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (если «да», то какие)	ДА	НЕТ
Заболевания сердца и сосудов		
Заболевание 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 другие заболевания центральной и периферической нервной системы		
Заболевания крови и нарушения свертываемости		
Заболевания уха, горла, носа		
Заболевание костной системы, суставов		
Заболевание кожи, нейродермит		
Инфекционные заболевания (в том числе COVID-19, СПИД, вирусные гепатиты В,С)		
Бывает головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов		
Проводилась лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет		
Были ли операции (характер)		
Другие заболевания (указать)		
АЛЛЕРГИЯ (если «да», то на что)		
Лекарственная		
Пищевая		
Контактная		
Поллиноз		
Проявления: крапивница, ринит, конъюнктивит. кашель, отек Квинке, анафилактический шок (нужное подчеркнуть)		
ИНФОРМАЦИЯ, КАСАЮЩАЯСЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ		
При прохождении стоматологического лечения в прошлом были: Аллергические реакции на _____ Продолжительное кровотечение в течение _____		
Какие-либо другие осложнения во время или после лечения _____		

ООО Стоматологический салон «Консул»

Кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная)		
Проявление герпеса «простуды» на губах с периодичностью _____ в год		
Появление трещин губ (в углах рта, по центру нижней губы)		
Бруксизм (скрежетание зубами в ночное время суток)		
Периодическое появление язв в полости рта		
Периодическая или постоянная сухость во рту		
Хотелось бы изменить неровное положение зубов?		
Чувство запаха изо рта		
ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В НАСТОЯЩЕМ ВРЕМЕНИ ИЛИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ		
Постоянно или периодически принимает лекарственные препараты Если «да», то какие: _____		
Лечится, проводится лечение (какое, когда - год, месяц): _____		
Проводили ли хирургические вмешательства в течение года		
Состою на учете в лечебном учреждении (диагноз)		
Были ли последние 14 дней контакты с инфицированными больными? Болел ли COVID-19?		
Последнее общемедицинское обследование проводилось: месяц _____ год _____		
Проводились ли переливания крови (когда, в каком объеме): _____		
Проводились инъекции (внутримышечные, внутривенные, подкожные и др.) в течение последних 6 месяцев		
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ		
Вы проживаете (ранее или сейчас) на территории с повышенным химическим, радиационным и др. загрязнением (Название района)		
Занимается спортом (профессиональным, любительским). Каким? _____		
Первые зубы прорезались в _____		
Физиологическая смена зубов началась в _____		
Проводилась ли операция по пластике уздечки языка/ губы?		

Я искренне ответил (а) на все пункты анкеты, хочу дополнительно сообщить о состоянии здоровья следующее: _____

Мне известно, что только в случае обязательных диспансерных осмотров (1 раз в 3 месяца) можно рассчитывать на определенный результат лечения и протезирования.

Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов до начала приема стоматолога, обязан (а) сообщить врачу об этом. _____

«__» _____ 20__ г.

Подпись пациента
(законного представителя пациента)
