

Общество с ограниченной ответственностью Стоматологический салон «Консул»
АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

ФИО _____

Дата _____

ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ

Как вы оцениваете общее состояние своего здоровья?

- Хорошее
 Удовлетворительное
 Плохое
Установлена инвалидность _____

- Нет никаких выявленных патологий
 Эпилепсия
 Перенесен инсульт
 Болезнь Паркинсона
 Имеются психические расстройства (в том числе панические атаки)

- Нет никаких выявленных патологий
 Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)
 Сифилис
 Гепатит, указать форму _____
 Covid-19 за _____ год

Другое: _____

Состояние сердечно-сосудистой системы:

- Нет никаких выявленных патологий
 Мучает одышка даже после незначительных физических усилий
 Повышенное давление (гипертоническая болезнь)
 Пониженное давление
 Аритмия
 Ишемическая болезнь сердца
 Установлен кардиостимулятор
 Перенесен инфаркт миокарда
Другое: _____

Заболевания ЛОР-органов:

- Нет никаких выявленных патологий
 Нарушено носовое дыхание
 Хронический тонзиллит
 За последний год перенесен синусит (гайморит)
 Периодически беспокоит боль в одном или обоих ушах
 Проводилось удаление аденоидов _____ год.
Другое: _____

Прочие заболевания:

- Нет никаких выявленных патологий
 Сахарный диабет
 Заболевания щитовидной железы
 Нарушения свертываемости крови
 Повышенное внутриглазное давление
 Бронхиальная астма
 Сотрясение головного мозга
 Системная красная волчанка
 Заболевания желудочно-кишечного тракта, какие: _____
 Заболевания почек, какие: _____

Состояние нервной системы:

Аллергический статус:

Бывают ли у вас аллергические реакции?
 Да Нет

Укажите, на что бывает аллергия

Как она проявляется? _____

Вирусные и инфекционные заболевания:

- Перенесен анафилактический шок
 Перенесен отек Квинке
 Имеется непереносимость лекарственных препаратов: _____

Вы курите? Да Нет

Какие лекарственные препараты вы принимаете на регулярной основе/ в данный момент?

Для женщин:

Беременность Да Нет, укажите срок _____,
Кормление грудью Да Нет

Подпись пациента _____

СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

Когда вы последний раз посещали стоматолога?

Менее года назад Год-два назад Более двух лет назад Никогда не был у стоматолога

Оцените уровень психо-эмоционального напряжения перед предстоящим осмотром и возможным стоматологическим лечением (1-не вызывает никакого беспокойства, 10-непреодолимый страх и риск панической атаки)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Были ли в прошлом какие-то осложнения во время анестезии или стоматологического лечения?

Если да, укажите какие: _____

Причины обращения в стоматологическую клинику:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Плановый осмотр | <input type="checkbox"/> Неровное положение зубов |
| <input type="checkbox"/> Профессиональная чистка и профилактика | <input type="checkbox"/> Знаю, что требуется лечение зубов |
| <input type="checkbox"/> Заболевания десен | <input type="checkbox"/> Испытываю зубную боль |
| | <input type="checkbox"/> Протезирование |
| Другое: _____ | <input type="checkbox"/> По направлению от других клиник |

Вы исправляли прикус с помощью брекет-системы?

Нет Да, в каком году были сняты брекеты? _____

Планирую

Стоматологические заболевания:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Реакция зубов на сладкое, кислое, горячее, холодное | <input type="checkbox"/> Сухость полости рта |
| <input type="checkbox"/> Ноющие боли в зубе | <input type="checkbox"/> Неприятный запах изо рта |
| <input type="checkbox"/> Боль при накусывании | <input type="checkbox"/> Кровоточивость десны |
| <input type="checkbox"/> Застревание пищи между зубов | <input type="checkbox"/> Не устраивает цвет зубов |
| <input type="checkbox"/> Потеряна пломба/зуб | <input type="checkbox"/> Беспокоит налет/камни на зубах |
| <input type="checkbox"/> Иногда припухает десна(свищ) около зуба | <input type="checkbox"/> Частый герпес(простуда) на губах |
| <input type="checkbox"/> Щелчки в суставе, затрудненное открывание рта | <input type="checkbox"/> Чувство жжения во рту |
| | <input type="checkbox"/> Часто прикусываю щеку/губу при пережевывании пищи |

Другое: _____

Какой зубной щеткой вы пользуетесь? Мягкая Средняя Жесткая Не знаю

Какой зубной пастой Вы пользуетесь? _____ (название фирмы)

Дополнительные средства гигиены: Электрическая зубная щетка Зубная нить Ирригатор
 Ершики Монопучковая щетка

Когда вы последний раз выполняли профессиональную гигиену полости рта (снятие камней, Air-Flow)?

Менее года назад Год-два назад Более двух лет назад Никогда

Дополнительно о своем стоматологическом здоровье, гигиенических привычках, опыте предыдущего лечения зубов и возможных противопоказаниях хочу сообщить:

Я _____ правильно ответил(а) на все вопросы анкеты.

Я осознаю, что любая скрытая информация о моем здоровье может привести к осложнениям во время стоматологического лечения.

Я понимаю, что в случае изменения состояния моего здоровья мне нужно сообщить об этом лечащему врачу.

Я понимаю, что данные анкеты следует обновлять не реже 1 раза в год.

Подпись пациента _____