АНКЕТА ПАЦИЕНТА

Ф.И.О.

_____

Последующая информация является крайне важной для обеспечения Вас эффективным стоматологическим лечением в соответствии с Вашим общим состоянием здоровья. Вам необходимо дать полные и правильные 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 общего врача? Если “Да”, то укажите причину _____	Да Нет
2.	Принимаете ли Вы в настоящее время какие-нибудь лекарства? 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:	Да Нет
А.	ревматизм, ревматические поражения сердца, шумы (боли) в сердце, пороки сердца,	Да Нет
Б.	инфаркт миокарда, стенокардия, аритмия, хирургические вмешательства на сердце,	Да Нет
В.	желудочно-кишечные заболевания,	Да Нет
Г.	повышенное (пониженное) кровяное давление,	Да Нет
Д.	повышенная кровоточивость, анемия, гемофилия (не свертываемость крови), переливания крови,	Да Нет
Е	астма, туберкулез, сезонная аллергия, аллергические реакции на антибиотики, болеутоляющие препараты, местные анестетики и другие лекарства,	Да Нет
Ж.	доброкачественные, злокачественные опухоли, радиологическое лечение, химиотерапия,	Да Нет
З.	диабет,	Да Нет
И.	гепатит, желтуха, заболевания печени,	Да Нет
К.	заболевания почек и мочевыводящих путей, затрудненное мочеиспускание, диализ	Да Нет

Л.	заболевание щитовидной железы	Да Нет
М.	паралич, парез, конвульсии, обмороки, потеря сознания	Да Нет
Н.	артрит,	Да Нет
О.	венерические заболевания или СПИД,	Да Нет
П.	травмы головы или шеи, автомобильные аварии, хирургические операции,	Да Нет
Р.	лечение нижнечелюстного сустава,	Да Нет
С.	имеются ли у Вас другие проблемы со здоровьем о которых Вам известно? Если “Да”, то какие_____	Да Нет
Т.	Добавьте то, что считаете важным : _____	Да Нет

Для женщин: Вы беременны, предполагаете беременность или кормите ребенка?

5.	Наблюдалось ли у Вас при предыдущем стоматологическом лечении аллергические реакции, продолжительное кровотечение, какие-либо другие осложнения во время или после стоматологического лечения? Если “Да”, то какие _____ _____	Да Нет

Насколько мне известно, на все вопросы я ответил(а)

достоверно и полно.

Я даю разрешение делать рентгеновские снимки, диагностические модели, фотографии и проводить любые другие диагностические мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза.

Я даю разрешение проводить необходимые лечебные мероприятия и использовать

любого врача или ассистента, участие которого в моем лечении будет необходимо.

Я разрешаю сообщать информацию, полученную от меня и связанную с моим стоматологическим состоянием третьим лицам, оплачивающим мое лечение, или другому врачу.

Я понимаю, что я ответственен(на) за оплату услуг, оказанных мне в производственном кооперативе «Дантист».

“____” _____ 200__г. **Подпись _____**