

# АНКЕТА ЗДОРОВЬЯ

Фамилия И.О. \_\_\_\_\_

Пол \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_ Род занятий \_\_\_\_\_

Откуда Вы узнали о стоматологической клинике «Колибри» \_\_\_\_\_

## ВОПРОСЫ

(Подчеркните или обведите кружочком нужные ответы, обязательно вернуть врачу)

### Настоящее обращение к стоматологу:

- С целью санации (лечение всех зубов)
- С острой болью
- По обращаемости (лечение одного зуба)

### Кратность посещения стоматолога:

- Не регулярно
- Регулярно (напишите как часто за год \_\_\_\_\_)

### Ваше обычное восприятие стоматологического лечения

- Приятное
- Безразличное
- Немного тревожное
- Не приятное(страх перед лечением и постоянное ожидание боли)

### Была ли санация в последнее посещение стоматолога(вылечили все зубы)?

Да Нет

Были ли у Вас аллергические реакции на лекарства ,продукты и т.д? \_\_\_\_\_

Да Нет

К каким лекарствам у Вас не переносимость/аллергия? \_\_\_\_\_

Да Нет

Страдаете ли Вы **бронхиальной астмой, астматическим бронхитом?** (нужное подчеркнуть)

Да Нет

Бывают ли у Вас **обмороки, понижение артериального давления?** ( нужное подчеркнуть)

Да Нет

Бывают ли у Вас **повышение артериального давления?** \_\_\_\_\_

Да Нет

Наблюдаетесь ли Вы у врача-кардиолога по поводу **ишемической болезни сердца, стенокардий, аритмии, инфаркта миокарда?** (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

Да Нет

Имеются ли врожденные или приобретенные пороки сердца? \_\_\_\_\_

Да Нет

Установлен ли у Вас водитель ритма (**кардиостимулятор**)? \_\_\_\_\_

Да Нет

Случались ли у Вас ранее нарушения мозгового кровообращения, инсульт? \_\_\_\_\_

Да Нет

Бывают ли у Вас длительные кровотечения, нарушения свертываемости крови? \_\_\_\_\_

Да Нет

Имеются Вас заболевания щитовидной железы? \_\_\_\_\_

Да Нет

Наблюдаются ли у Вас повышение уровня сахара в крови? \_\_\_\_\_

Да Нет

Больны ли Вы **ревматизмом, ревматоидным артритом?** (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

Да Нет

Болеете ли Вы **гепатитом В,С,D, СПИДОМ, сифилисом или туберкулезом?** (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

Да Нет

Был ли у Вас гепатит (**Болезни Боткина**), другие заболевания печени, желудочно-кишечного тракта? (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

Да Нет

Страдаете ли Вы хроническими заболеваниями почек? (какие именно) \_\_\_\_\_

Да Нет

Страдаете ли Вы глаукомой? \_\_\_\_\_

Да Нет

Бывают ли у Вас эпилепсий? \_\_\_\_\_

Да Нет

Подвергались ли Вы действию **радиации** или **токсических веществ?** (нужное подчеркнуть)

Да Нет

Лечились ли Вы когда-нибудь гормональными препаратами? (какие именно) \_\_\_\_\_

Да Нет

Принимаете ли Вы в настоящее время какие-либо лекарства? \_\_\_\_\_

Да Нет

Если на предыдущий вопрос Вы ответили «Да», то нужно указать какие: \_\_\_\_\_

Укажите если ли у Вас имеются какие-либо другие сопутствующие заболевания или перенесенные операций? \_\_\_\_\_

Да Нет

Наблюдались ли у Вас раньше какие-либо осложнения во время и после стоматологического лечения? \_\_\_\_\_

Да Нет

Непереносимость анестезии? \_\_\_\_\_

Да Нет

**Курите ли ВЫ?** \_\_\_\_\_

Да Нет

### Для женщины:

Наличие беременности или кормление грудью в данное время? (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

Да Нет

Дата \_\_\_\_\_

Подпись пациента: \_\_\_\_\_