

Анкета о состоянии здоровья пациента

(Ф.И.О. пациента полностью-заполняется пациентом собственноручно)

(дата рождения)

Уважаемый пациент!

Следующая информация чрезвычайно важна для составления оптимального плана стоматологического лечения, с учетом состояния Вашего здоровья. Неправильная или неполная информация может повредить Вашему здоровью. Пожалуйста, ответьте на все вопросы.

1. Если строке указано название заболевания, то имеется ввиду, что Вам задаётся вопрос, болеете Вы этим заболеванием или нет.
2. Если вопрос непонятен или Вы не уверены в ответе, обсудите этот вопрос с врачом.
3. Сообщенные Вами данные составляют врачебную тайну.

Отвечая на вопросы анкеты, необходимо поставить **V** в пустом квадрате.

Информация о стоматологическом здоровье

Последнее посещение врача-стоматолога (месяц, год)		
При прохождении стоматологического лечения в прошлом были какие-либо осложнения во время или после лечения (если «ДА», то какие _____)	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная)	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Появление трещин губ, заед	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Наличие болей и щелканье в нижнечелюстном суставе при приёме пищи или разговоре	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Бруксизм (ночное скрежетание зубов) или чрезмерное напряжение жевательных мышц	НЕ ЗНАЮ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>
Периодическое появление язв в полости рта	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Запах изо рта	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Периодическая сухость во рту	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>

Информация о Вашем организме

В каком году проводилось последнее общемедицинское обследование? _____		
Повышается артериальное давления до _____ мм рт.ст	НЕ ЗНАЮ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>
Понижается артериальное давления до _____ мм рт.ст.	НЕ ЗНАЮ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>
Наблюдаетесь (состоите на учете) у кардиолога	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Заболевания сердца (стенокардия, порок сердца, другие заболевания)	НЕ ЗНАЮ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>
Проводилась ли операция на сердце? (если «ДА», то когда _____)	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Установлен кардиостимулятор	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Инсульт, атеросклероз	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Заболевания крови	НЕ ЗНАЮ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>
Нарушение свертываемости крови, длительное кровотечение (образование синяков)	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Заболевания легких и бронхов	НЕ ЗНАЮ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>
Туберкулез	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Глаукома (повышение внутриглазного давления)	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Заболевания почек (если ответ «ДА», то какие (_____))	НЕ ЗНАЮ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>
Заболевания печени (если ответ «ДА», то какие (_____))	НЕ ЗНАЮ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>
Заболевания желудка, кишечника	НЕ ЗНАЮ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>
Дисбактериоз кишечника (был, есть)	НЕ ЗНАЮ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>
Заболевания поджелудочной железы	НЕ ЗНАЮ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>
Сахарный диабет (если «ДА», то указать тип _____)	НЕ ЗНАЮ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>
Гепатит (если «ДА», то какой (А,В,С,Д,Е) и когда выявлен _____)	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
ВИЧ/СПИД	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Венерические заболевания	НЕ ЗНАЮ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/> НЕТ <input type="checkbox"/>

Другие инфекционные заболевания (если ответ «ДА», то какие _____)		ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Заболевания головного мозга, нервной системы		ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Эпилепсия, судороги		ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Сотрясения головного мозга (если ответ «ДА», то когда _____)		ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Периодически бывают головокружения		ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Принимаете ли антидепрессанты или аналогичные препараты		ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Проводилось ли переливание крови или её компонентов? (если «ДА», то когда _____)		ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Заболевания уха, горла, носа		ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Заболевания пазух верхней челюсти (гайморовых пазух)	НЕ ЗНАЮ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Заболевания щитовидной железы	НЕ ЗНАЮ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Заболевания суставов	НЕ ЗНАЮ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Остеопороз (заболевания костей)	НЕ ЗНАЮ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Остеохондроз (заболевания позвоночника)	НЕ ЗНАЮ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Постоянно или периодически принимаете сердечные препараты		ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Постоянно или периодически принимаете препараты, разжижающие кровь		ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Постоянно или периодически принимаете препараты из группы бисфосфонатов (препараты для лечения остеопороза)		ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Постоянно или периодически принимаете стероидные (глюкостероидные) препараты		ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
За последние 6-12 месяцев проводилось лечение у других специалистов		ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
За прошедшие 6 месяцев проводились диагностические или лечебные инъекции, в т.ч. вакцинация		ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Состоите на учете в лечебной организации?		ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Проведенные операции (если «ДА», то указать какие именно и когда _____)		ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Онкозаболевание (если «ДА», то указать какое именно и как долго _____)		ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
За последние 10 лет проводилась лучевая или химиотерапия		ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Выезжали ли Вы в регионы, где фиксировались вспышки инфекционных заболеваний?		ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Проводились ли Вам медицинские манипуляции, хирургические вмешательства за последние 12 месяцев?		ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Аллергические реакции (если «ДА», то обвести на что именно: местные стоматологические анестетики, косметику, антибиотики, обезболивающие препараты, гормональные препараты, витамины, препараты йода, пищевые продукты, пыльцу, растения, шерсть животных, стоматологические материалы, металлы, латекс, иные ранее выявленные аллергические заболевания (указать какие именно) _____)	НЕ ЗНАЮ <input type="checkbox"/>	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Вопросы для женщин			
Беременны ли вы? (если ответ «ДА», то укажите срок _____ неделя _____ триместр)		ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Имеется ли нарушение менструального цикла?		ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
Постоянно или периодически принимаю противозачаточные препараты		ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>

Анкета не содержит пункта касаясь моего иного заболевания (симптома, синдрома, состояния) которое я указываю ниже:

Вопросы анкеты отражают полностью информацию о моем состоянии здоровья Если "нет", то дополнительно хочу сообщить следующее: _____	ДА <input type="checkbox"/>	НЕТ <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	------------------------------

Я понимаю, что от полноты и своевременности предоставления мною информации известно зависят:

- диагностика, составление плана лечения и результаты лечения;
- гарантии на каждую работу, выполненную врачом.

Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога, мне надо сообщить ему об этом.

Я знаю, что если состояние моего здоровья изменилось относительно данных, указанных в анкете, то мне необходимо заполнить и предоставить врачу новую анкету.

Я знаю, что каждый раз при посещении стоматолога перед началом лечения необходимо сообщать врачу о принятых лекарственных препаратах, в случае их приема, об изменении в состоянии моего здоровья, если такие изменения произошли (происходят).

Я внимательно ознакомился(ась) с этой анкетой и искренне ответил(а) на все вопросы.

Пациент

_____ / _____ /

(подпись и ФИО пациента либо законного представителя)

Врач

_____ « ____ » _____ 20__ г.

(подпись и ФИО врача)