

Анкета состояния здоровья

Приложение к медицинской карте

Ф. И. О. (полностью)

Дата, месяц, год рождения

Адрес проживания

Контактные телефоны

E-mail:

Ответьте, пожалуйста, на вопросы (впишите слова «Да», «Нет» или пояснения)

Да Нет

Испытываете ли Вы чувство боли или дискомфорта в настоящее время?		
Аллергические реакции:		
Были ли у Вас аллергические реакции? (Если Да, укажите тип: покраснение, сыпь, зуд, отек, анафилактический шок и другие). Время последней аллергической реакции?		
Аллергия на лекарственные препараты: (Если Да, укажите препараты: антибиотики, йод, хлоргексидин, лидокаин, ультракаин, другие)		
Аллергия на профилактические прививки		
Аллергия на цитрусовые		
Аллергия на пыльцу растений		
Аллергия на шерсть животных		
Аллергия на белок коровьего молока		
Аллергия на бытовую пыль		
Прием лекарственных препаратов:	Да	Нет
Принимали ли Вы в течение последнего месяца лекарственные препараты: (Если Да, указать назначение: обезболивающее, кроворазжижающее, антибиотики, другие препараты)		
Применялось ли ранее обезболивание при лечении зубов? (Если Да, укажите ваше состояние : нормально, плохо)		

Сопутствующие и перенесенные заболевания:	Да	Нет
Инфекционные заболевания:		
Сердечно-сосудистая система		
Отклонения артериального давления? (Если Да, укажите тип : повышенное /пониженное)		
Заболевания нервной системы? (Если Да, укажите тип: инсульт, эпилепсия, другие)		
Заболевания эндокринной системы? (Если Да, укажите тип : сахарный диабет, болезни щитовидной железы, другие)		
Заболевания дыхательной системы? (Если Да, укажите тип: бронхиальная астма, другие)		
Заболевания печени?		
Нарушения свертываемости крови, длительные кровотечения?		
Онкологические заболевания ?		
Психические заболевания?		
Для женщин	Да	Нет
Беременность Если да, укажите срок		
Кормление грудью		
Индивидуальная гигиена полости рта:	Да	Нет
Сколько раз в день Вы чистите зубы?		
Делали ли Вы профессиональную гигиену полости рта?		
Бывает ли кровотечение из десен?		

Дополнительно о состоянии Своего здоровья хочу сообщить следующее

Я искренне ответил на все вопросы анкеты.

Я осознаю, что сведения о состоянии здоровья необходимо обновлять с периодичностью 1 раз в год.

Я проинформирован, что в случаях приема лекарственных препаратов перед стоматологическим приемом мне необходимо сообщать врачу.

Дата _____

Подпись _____

Благодарим Вас за визит в стоматологическую клинику «Эстетика Дентал»

**Будем рады видеть
Вас в качестве наших постоянных гостей!**