

ALBERTA DENTURES – NEW PATIENT INTAKE FORM / ФОРМА ДЛЯ НОВОГО ПАЦИЕНТА

1. Full Name / Полное имя: _____

Date of birth / Дата рождения: _____

Address / Адрес: _____

City / Город: _____ Province / Провинция: _____

Postal Code / Почтовый индекс: _____ Home Phone / Дом. тел.: _____

Mobile Phone / Моб. тел.: _____ Email / Эл. почта: _____

2. Emergency contact / Контактное лицо для экстренных случаев:

Имя / Фамилия: _____

Mobile Phone / Моб. тел.: _____ Email / Эл. почта: _____

3. Do you have dental insurance? / Есть ли у вас стоматологическая страховка? Yes No

Name of the insurance / Название страховой компании: _____

Plan number / Номер плана: _____ ID number / Номер страховки: _____

4. How did you hear about us? / Как вы узнали о нашей клинике?

Social Media / Социальные сети Internet / Интернет-поиск Friend / Друг/знакомый

Referral / Направление/рекомендация Facebook / Facebook Dentist / Стоматолог

Other / Другое: _____

5. Do you have a family physician? / Есть ли у вас семейный врач? Yes No

Name / Имя врача: _____

6. Do you have a dentist? / Есть ли у вас стоматолог? Yes No

Contact number / Номер телефона: _____

Name / Имя врача: _____

7. Are you being treated for any medical conditions at present or within the past 5 years? / Проходите ли вы лечение от каких-либо заболеваний сейчас или проходили в течение последних 5 лет?

8. Have you been injured or hospitalized in the last 2 years? /

Получали ли вы травмы или были госпитализированы за последние 2 года?

9. Are you presently taking any prescription/non-prescription medications? /

Принимаете ли вы сейчас какие-либо рецептурные или безрецептурные лекарства?

10. Do you experience dry mouth with or without medication? /

Испытываете ли вы сухость во рту с лекарствами или без них?

11. Have you ever had head, facial, jaw or neck trauma? /

Были ли у вас травмы головы, лица, челюсти или шеи?

12. Which of the medical conditions apply to your family history? /

Какие заболевания присутствуют в семейной истории?

- Diabetes/Диабет Heart disease/Заболевания сердца Cancer/Рак
 Osteoporosis/Остеопороз None/Нет

13. Do any of the following conditions apply to you? / **Относится ли к вам что-либо из следующего?**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Facial muscle tenderness/
Болезненность мышц лиц | <input type="checkbox"/> TMJ (Jaw) pain/
Боль в височно-нижнечелюстном суставе |
| <input type="checkbox"/> Joint clicking, popping or locking/
Щелчки или блокировка суставов | <input type="checkbox"/> Burning sensation on your lips or tongue/
Жжение губ или языка |
| <input type="checkbox"/> Migraines or headaches/
Мигрени или головные боли | <input type="checkbox"/> Lumps or sores in your mouth/
Шишки или язвы во рту |
| <input type="checkbox"/> Gasp or stop breathing in your sleep/
Остановка дыхания во сне | <input type="checkbox"/> Bleed excessively from a cut/
Сильное кровотечение из порезов |
| <input type="checkbox"/> Neck or shoulder pain/
Боль в шее или плечах | <input type="checkbox"/> Hearing issues/Проблемы со слухом |
| <input type="checkbox"/> Grind your teeth/
Скрежет зубами | <input type="checkbox"/> Snoring/Храп |
| <input type="checkbox"/> Earaches/Боль в ушах | <input type="checkbox"/> Bruise easily/Легко появляются синяки |
| | <input type="checkbox"/> Sore or tender gums/Болезненные десны |
| | <input type="checkbox"/> Other/Другое |

14. Has your weight, appetite, or energy level changed dramatically recently? /

Сильно ли изменились ваш вес, аппетит или уровень энергии в последнее время?

15. Do you follow a special diet? / **Соблюдаете ли вы специальную диету?** Yes No

16. Do you smoke? / **Вы курите?** Yes No

17. Are you allergic to any of the following? / **Есть ли у вас аллергия на что-либо из следующего?**

- Acrylic/Акрил Latex/Латек Metal/Металл None/Нет

Please specify any other allergies / **Пожалуйста, укажите другие аллергии:**

18. Radiation or chemotherapy history / **Лучевая или химиотерапия:** Yes No

19. Do you have hearing issues? / **Есть ли у вас проблемы со слухом?** Yes No

20. Do you have memory issues? / **Есть ли у вас проблемы с памятью?** Yes No

21. Do you have any of the following? / **Есть ли у вас какие-либо из следующих заболеваний?**

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Facial muscle tenderness/
Болезненность мышц лиц | <input type="checkbox"/> Rheumatic fever /
Ревматическая лихорадка | <input type="checkbox"/> Heart Condition /
Заболевания сердца |
| <input type="checkbox"/> Blood Transfusion /
Переливание крови | <input type="checkbox"/> Lupus / Волчанка | <input type="checkbox"/> Parkinson's Disease /
Болезнь Паркинсона |
| <input type="checkbox"/> Low Blood Pressure /
Низкое давление | <input type="checkbox"/> Fibromyalgia /
Фибромиалгия | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure /
Высокое давление |
| <input type="checkbox"/> Drug Addiction /
Наркозависимость | <input type="checkbox"/> Epilepsy or Seizures /
Эпилепсия / судороги | <input type="checkbox"/> COPD / ХОБЛ |
| <input type="checkbox"/> Cold Sores / Герпес | <input type="checkbox"/> Thrush / Молочница | <input type="checkbox"/> Tuberculosis / Туберкулез |
| <input type="checkbox"/> Emphysema / Эмфизема | <input type="checkbox"/> Mouth Cancer /
Рак полости рта | <input type="checkbox"/> Diabetes / Диабет |
| <input type="checkbox"/> Cancer / Рак | <input type="checkbox"/> Stroke / Инсульт | <input type="checkbox"/> Anemia/Анемия |
| | | <input type="checkbox"/> Asthma/ Астма |

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sexually Transmitted Infection (STI) /
Инфекции, передающиеся половым путем | <input type="checkbox"/> High Cholesterol /
Высокий холестерин | <input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C /
Гепатит A/B/C |
| <input type="checkbox"/> Thyroid Disorder /
Заболевания щитовидной железы | <input type="checkbox"/> Sinus Trouble /
Проблемы с пазухами | <input type="checkbox"/> Osteoporosis /
Остеопороз |
| <input type="checkbox"/> Hyper/Hypoglycemia /
Гипер/гипогликемия | <input type="checkbox"/> TMJ Disorder /
Нарушения ВНЧС | <input type="checkbox"/> Heart Disease /
Болезни сердца |
| <input type="checkbox"/> HIV or AIDS / ВИЧ или СПИД | <input type="checkbox"/> Jaundice / Желтуха | <input type="checkbox"/> Other – Другое |

22. Is there anything the dentist should know about your health? / **Есть ли что-то важное о вашем здоровье, о чем должен знать протезист?** _____

23. How many dentures have you had? / **Сколько протезов у вас было ранее?** _____

24. Do you have a full denture? / **Есть ли у вас полный протез?**

- Upper / Верхний Lower / Нижний Both / Оба None / Нет

25. Do you have partial dentures? / **Есть ли у вас частичные протезы?**

- Upper / Верхний Lower / Нижний Both / Оба None / Нет

26. Do you have dental implants? / **Есть ли у вас зубные импланты?** Yes No

27. Do you have natural teeth? / **Есть ли у вас натуральные зубы?** Yes No

28. Do you grind or clench your teeth? / **Скрипите ли вы зубами или сжимаете их?** Yes No

29. When was your last visit to your dentist? / **Когда был ваш последний визит к стоматологу?**

30. Do you require dental work? ie. cleaning, fillings, extractions /

Нуждаетесь ли вы в стоматологическом лечении? (чистка, пломбы, удаление зубов)

31. Do you chew well with your dentures? / **Хорошо ли вы жуете с протезами?** Yes No

32. Do you wear your dentures at night? / **Носите ли вы протезы ночью?** Yes No

33. Are your dentures loose? / **Ваши протезы свободно сидят?** Yes No

34. Are your dentures comfortable? / **Ваши протезы удобны?** Yes No

35. Do you get food under your dentures? / **Попадает ли пища под протез?** Yes No

36. Do you gag easily? / **Легко ли у вас возникает рвотный рефлекс?** Yes No

37. Do you chew mints or gum? / **Жуете ли вы жвачку или мятные конфеты?** Yes No

38. Do you have digestive issues? / **Есть ли у вас проблемы с пищеварением?** Yes No

39. Who made your current dentures? / **Кто изготовил ваши текущие протезы?**

40. Are you happy with your current dentures? / **Довольны ли вы своими текущими протезами?**

41. What are your concerns with your current dentures? /

Какие проблемы или беспокойства у вас есть по поводу ваших текущих протезов?

Consent / **Согласие**

- I certify that the medical and dental information I provided is accurate to the best of my knowledge, and I have not knowingly omitted any information.
Я подтверждаю, что предоставленная мной медицинская и стоматологическая информация является точной в пределах моих знаний, и я сознательно не скрыл(а) никакую информацию.
- I consent to have my dentist or physician contacted if additional dental/medical information is required for my dental care.
Я даю согласие на контакт моего стоматолога или врача при необходимости получения дополнительной медицинской информации.
- I consent to have treatment by my denturist.
Я даю согласие на лечение у протезиста.
- I assume responsibility for all fees incurred.
All fees not covered by my insurance company is my responsibility.
**Я принимаю на себя ответственность за оплату всех расходов.
Все расходы, не покрытые страховой компанией, оплачиваются мной.**

Name of person filling out this form / **Имя человека, заполняющего форму**

Signature / **Подпись**

Date / **Дата**