

Анкета о состоянии здоровья пациента

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. Все сведения, представленные в анкете, не будут переданы посторонним лицам.

- * пожалуйста, ответьте на все вопросы;
- * если вопрос непонятен или Вы не уверены в ответе, обсудите этот вопрос с врачом;
- * все изменения в состоянии Вашего здоровья должны быть сообщены нам при первой возможности;
- * информацию о состоянии здоровья несовершеннолетних пациентов сообщает его законный представитель.

Анкета о здоровье пациента _____ г.р.

Просим Вас обвести кружочком или подчеркнуть ответ Да или Нет или ответить на вопросы:

последнее посещение врача-стоматолога (месяц, год) _____

Наблюдаюсь (состою на учете) у кардиолога ДА НЕТ

Заболевания сердца (стенокардия, порок сердца, другие заболевания) ДА НЕТ

Проводилась ли операция на сердце? (если Да, то когда) _____ ДА НЕТ

У меня имеется кардиостимулятор ДА НЕТ

Постоянно или периодически принимаю сердечные препараты ДА НЕТ

Повышается или понижается артериальное давление ДА НЕТ

Постоянно или периодически принимаю препараты разжижающие кровь (Клексан, Эликвис, Ксарелто, другое) _____ ДА НЕТ

Инсульт, атеросклероз ДА НЕТ

Заболевания крови ДА НЕТ

Нарушение свертываемости крови, длительн. кровотечение (образование синяков) ДА НЕТ

Заболевания легких ДА НЕТ

Заболевания бронхов ДА НЕТ

Туберкулез ДА НЕТ

Заболевания почек ДА НЕТ

Заболевания печени (если есть, то какие) ДА НЕТ

Гепатит (если Да, то какой (А,В,С,Д,Е) и когда выявлен) Тип : ___ Дата ___/___/___ ДА НЕТ

Заболевания желудка, кишечника ДА НЕТ

Дисбактериоз кишечника (был, есть)	ДА	НЕТ
Заболевания поджелудочной железы	ДА	НЕТ
Сахарный диабет. (какого типа I или II) Тип : ____	ДА	НЕТ
Проводилось ли исследование на ВИЧ/СПИД. - результат:	ДА	НЕТ
Венерические заболевания	ДА	НЕТ
Другие инфекционные заболевания	ДА	НЕТ
Заболевания головного мозга, нервной системы	ДА	НЕТ
Эпилепсия, судороги	ДА	НЕТ
Сотрясения головного мозга (когда) _____	ДА	НЕТ
Периодически бывают головокружения	ДА	НЕТ
Принимаю антидепрессанты или аналогичные препараты	ДА	НЕТ
Являетесь ли вы донором?.(последняя дата сдачи крови) Дата ____/_____/____	ДА	НЕТ
Проводилось ли переливание крови, других лекарственных препаратов?.- когда _____	ДА	НЕТ
Заболевания уха, горла, носа	ДА	НЕТ
Заболевания пазух верхней челюсти (гайморовых пазух)	ДА	НЕТ
Заболевания глаз	ДА	НЕТ
Глаукома (повышение внутриглазного давления)	ДА	НЕТ
Заболевания щитовидной железы	ДА	НЕТ
Заболевания костей и суставов	ДА	НЕТ
Остеохондроз (заболевания позвоночника)	ДА	НЕТ
За последние 6-12 месяцев проводилось лечение у других специалистов	ДА	НЕТ
За прошедшие 6 месяцев проводились диагностические или лечебные инъекции	ДА	НЕТ
Состою на учете в лечебной организации	ДА	НЕТ
Проведенные операции (какие именно и когда) _____	ДА	НЕТ
Моя работа, учеба, служба в Армии, на Флоте связаны (ранее были связаны) с вредными факторами: химическими, с излучением, высоким давлением, с вибрациями, с другими вредными факторами	ДА	НЕТ

За последние 10 лет проводилась лучевая или химиотерапия	ДА	НЕТ
Прививки сделанные за последние 12 месяцев	ДА	НЕТ
Последнее общемедицинское обследование проводилось в _____ году		
Есть ли другие заболевания, симптомы и синдромы организма (не указанные выше)?	ДА	НЕТ
Я курю	ДА	НЕТ
Дополнительно: _____	ДА	НЕТ
Выезжали ли Вы за пределы города и области за последние 6 месяцев?	ДА	НЕТ
Выезжали ли Вы в регионы, где зафиксировались вспышки инфекционных заболеваний?	ДА	НЕТ
Проводились ли Вам какие-либо медицинские манипуляции, хирургическое вмешательства за последние 12 месяцев?	ДА	НЕТ
Посещаете ли Вы косметолога?	ДА	НЕТ
Делали ли Вы маникюр/педикюр, татуаж, шрамирование, пирсинг, перманентный макияж?	ДА	НЕТ
Проводились ли Вам сеансы иглоукалывания, иглорефлексотерапии?	ДА	НЕТ
Аллергические реакции (заболевания):		
на местные (стоматологические анестетики)	ДА	НЕТ
на мази, косметику	ДА	НЕТ
на антибиотики	ДА	НЕТ
на обезболивающие препараты	ДА	НЕТ
на гормональные препараты	ДА	НЕТ
на витамины	ДА	НЕТ
на препараты йода	ДА	НЕТ
на пищевые продукты	ДА	НЕТ
на пыльцу и растения	ДА	НЕТ
на шерсть животных	ДА	НЕТ
на стоматологические материалы	ДА	НЕТ
на металлы	ДА	НЕТ

на латекс	ДА	НЕТ
на медицинские растворы	ДА	НЕТ
на другие лекарственные препараты и вещества	ДА	НЕТ
Другие аллергические заболевания	ДА	НЕТ

Вопросы для женщин:

Беременны ли вы?	ДА	НЕТ
Являетесь ли вы кормящей матерью?	ДА	НЕТ
В последние 6 месяцев были роды?	ДА	НЕТ
Имеется ли нарушение менструального цикла?	ДА	НЕТ
Состою на учете у гинеколога	ДА	НЕТ
Постоянно или периодически принимаю противозачаточные препараты	ДА	НЕТ
В последние 6-8 месяцев проводится лекарственная подготовка к беременности	ДА	НЕТ

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, КАСАЮЩАЯСЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

При прохождении стоматологического лечения в прошлом были:

Какие-либо другие осложнения во время или после лечения	ДА	НЕТ
Наличие болей и щелканье в нижнечелюстном суставе	ДА	НЕТ
Кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная)	ДА	НЕТ
Появление герпеса («простуды») на губах с периодичностью _____ в год	ДА	НЕТ
Появление трещин губ, заед	ДА	НЕТ
Изменилось положение губы (верхней, нижней) или изменилась улыбка	ДА	НЕТ
Бруксизм (ночное скрежетание зубов)	ДА	НЕТ
Периодическое появление язв в полости рта	ДА	НЕТ
Хотелось бы изменить цвет или форму зубов	ДА	НЕТ
Запах изо рта	ДА	НЕТ
Периодическая сухость во рту	ДА	НЕТ
Затруднения и/или болезненность при жевании, разговоре и т.д	ДА	НЕТ

Дополнительно: _____

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; что анкету о здоровье надо заполнять вновь каждые полгода.

Я внимательно ознакомился(лась) с этой анкетой и искренне ответил(ла) на все вопросы. Я понимаю, что мне необходимо своевременно предоставлять врачам информацию о моем здоровье и всех изменениях в состоянии моего здоровья. Я понимаю, что необходимо обновлять информацию в настоящей анкете каждые полгода.

Дополнительно могу сообщить о своем здоровье следующее:

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)

Подпись
пациента/пациентки _____

Пациент(ка) _____ (_____)

« _____ » _____ 20__ г.