

Анкета о состоянии здоровья пациента

* если вопрос непонятен или Вы не уверены в ответе, обсудите этот вопрос с врачом;

* все изменения в состоянии Вашего здоровья должны быть сообщены врачам при первой возможности;

* информацию о состоянии здоровья несовершеннолетних пациентов сообщает законный представитель.

ФИО пациента _____

Дата рождения _____

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

последнее посещение врача-стоматолога (месяц, год) _____

- | | |
|---|----------|
| 1. Наблюдаюсь (состою на учете) у кардиолога | да / нет |
| 2. Заболевания сердца (стенокардия, порок сердца, другие заболевания) | да / нет |
| 3. Проводилась ли операция на сердце? (если Да, то когда) | да / нет |
| 4. У меня имеется кардиостимулятор | да / нет |
| 5. Постоянно или периодически принимаю сердечные препараты | да / нет |
| 6. Повышается или понижается артериальное давление | да / нет |
| 7. Постоянно или периодически принимаю препараты, разжижающие кровь | да / нет |
| 8. Инсульт, атеросклероз | да / нет |
| 9. Заболевания крови | да / нет |
| 10. Нарушение свертываемости крови, длительное кровотечение (образование синяков) | да / нет |
| 11. Заболевания легких | да / нет |
| 12. Заболевания бронхов | да / нет |
| 13. Туберкулез | да / нет |
| 14. Заболевания почек | да / нет |
| 15. Заболевания печени (если есть, то какие) | да / нет |
| 16. Гепатит (если Да, то какой (А,В,С,Д,Е) и когда выявлен) | да / нет |
| 17. Заболевания желудка, кишечника | да / нет |
| 18. Дисбактериоз кишечника (был, есть) | да / нет |
| 19. Заболевания поджелудочной железы | да / нет |
| 20. Сахарный диабет (какого типа I или II) | да / нет |
| 21. Проводилось ли исследование на ВИЧ/СПИД - результат | да / нет |
| 22. Венерические заболевания | да / нет |
| 23. Другие инфекционные заболевания | да / нет |
| 24. Заболевания головного мозга, нервной системы | да / нет |
| 25. Эпилепсия, судороги | да / нет |
| 26. Сотрясения головного мозга (когда) | да / нет |
| 27. Периодически бывают головокружения | да / нет |
| 28. Принимаю антидепрессанты или аналогичные препараты | да / нет |
| 29. Являетесь ли вы Донором?(последняя дата сдачи крови) | да / нет |
| 30. Проводилось ли переливание крови, других лекарственных препаратов?- когда | да / нет |
| 31. Заболевания уха, горла, носа | да / нет |
| 32. Заболевания пазух верхней челюсти (гайморовых пазух) | да / нет |
| 33. Заболевания глаз | да / нет |
| 34. Глаукома (повышение внутриглазного давления) | да / нет |

35. Заболевания щитовидной железы	да / нет
36. Заболевания костей и суставов	да / нет
37. Остеохондроз (заболевания позвоночника)	да / нет
38. За последние 6-12 месяцев проводилось лечение у других специалистов	да / нет
39. За прошедшие 6 месяцев проводились диагностические или лечебные инъекции	да / нет
40. Состою на учете в лечебной организации	да / нет
41. Проведенные операции (какие именно и когда)	да / нет
42. 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
43. За последние 10 лет проводилась лучевая или химиотерапия	да / нет
44. Прививки, сделанные за последние 12 месяцев	да / нет
45. Последнее общемедицинское обследование проводилось в год	да / нет
46. Есть ли другие заболевания, симптомы и синдромы организма (не указанные выше)?	да / нет
47. Я курю	да / нет
48. Выезжали ли Вы за пределы города и области за последние 6 месяцев?	да / нет
49. Выезжали ли Вы в регионы, где зафиксировались вспышки инфекционных заболеваний?	да / нет
50. Проводились ли Вам какие-либо медицинские манипуляции, хирургические вмешательства за последние 12 месяцев?	да / нет
51. Посещаете ли Вы косметолога?	да / нет
52. Делали ли Вы маникюр/педикюр, татуаж, шрамирование, пирсинг, перманентный макияж?	да / нет
53. Проводились ли Вам сеансы иглоукалывания, иглорефлексотерапии	да / нет

Аллергические реакции (заболевания):

54. на местные (стоматологические анестетики)	да / нет
55. на мази, косметику	да / нет
56. на антибиотики	да / нет
57. на обезболивающие препараты	да / нет
58. на гормональные препараты	да / нет
59. на витамины	да / нет
60. на препараты йода	да / нет
61. на пищевые продукты	да / нет
62. на пыльцу и растения	да / нет
63. на шерсть животных	да / нет
64. на стоматологические материалы	да / нет
65. на металлы	да / нет
66. на латекс	да / нет
67. на медицинские растворы	да / нет
68. на другие лекарственные препараты и вещества	да / нет
69. Другие аллергические заболевания	да / нет
70. Страдаете ли Вы остеопорозом, либо другими заболеваниями костей и/или суставов?	да / нет
71. Принимали ли Вы когда-либо препараты для лечения остеопороза, в частности, бисфосфонаты?	да / нет

Вопросы для женщин:

72. Беременны ли Вы?	да / нет
73. Являетесь ли вы кормящей матерью?	да / нет
74. В последние 6 месяцев были роды?	да / нет

75. Имеется ли нарушение менструального цикла?	да / нет
76. Состою на учете у гинеколога	да / нет
77. Постоянно или периодически принимаю противозачаточные препараты	да / нет
78. В последние 6-8 месяцев проводится лекарственная подготовка к беременности	да / нет

Дополнительная информация, касающаяся стоматологического лечения

При прохождении стоматологического лечения в прошлом были:	да / нет
Какие-либо другие осложнения во время, или после лечения	да / нет
Наличие болей и щелканье в нижнечелюстных суставах	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	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 тд	да / нет

Дата предыдущего визита к стоматологу: _____ на прошлой неделе / более месяца назад / более 10 лет назад
Другое _____

Я понимаю, что от полноты предоставленной мною информации 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, либо при каких-либо изменениях состояния моего здоровья.

Я внимательно ознакомился(лась) с анкетой и искренне ответил(ла) на все вопросы.

Дополнительно сообщаю медицинскому персоналу 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 отмены, об изменении в состоянии моего здоровья, если такие изменения произошли (происходят)

Пациент(ка) _____ (_____) « ____ » _____ 20__ г.