

Анкета о Вашем здоровье.

Сообщение Вами информации о заболеваниях необходимо, так как отсутствие у врача этой информации может повлечь ошибки в выборе метода лечения, а также стать причиной медицинских назначений и рекомендаций, могущих вызвать ухудшение состояния здоровья по основному заболеванию.

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____ Профессия _____

Конт. телефон _____

Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением другого врача? Да ___ нет ___

Если да, то по какой причине? _____

Принимаете ли Вы в настоящее время какие-либо лекарства? Да ___ нет ___

укажите какие _____

ЛЕЧИТЕСЬ ЛИ ВЫ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ИЛИ ЛЕЧИЛИСЬ РАНЬШЕ ПО ПОВОДУ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ:

Поражения сердца, шумы в сердце, врожденный порок сердца? Да ___ нет ___

Инфаркт миокарда, стенокардия, хирургия на сердце, нерегулярный ритм? Да ___ нет ___

Желудочно-кишечные заболевания Да ___ нет ___

Повышенное/пониженное кровяное давление, повышенная кровоточив, анемия Да ___ нет ___

Проблемы с дыханием, астма, туберкулез, пыльцевая аллергия Да ___ нет ___

Онкология, радиологическое лечение или химиотерапия Да ___ нет ___

Диабет Да ___ нет ___

Гепатит А, В, С, заболевания печени, желтуха Да ___ нет ___

ВИЧ-инфекция, СПИД Да ___ нет ___

Венерические заболевания Да ___ нет ___

Почечные и мочеиспускательные проблемы, диализ. Да ___ нет ___

Паралич, парез, конвульсии, потеря сознания, обмороки. Да ___ нет ___

Артрит Да ___ нет ___ Гемофилия Да ___ нет ___

Травмы головы, шеи, автомобильные аварии Да ___ нет ___

Аллергические реакции на антибиотики, болеутоляющие препараты, местные анестетики и другие лекарства Да ___ нет ___

Для женщин: беременны ли Вы Да ___ нет ___

Имеются ли у Вас какие-либо другие проблемы со здоровьем: _____

НАБЛЮДАЛИСЬ ЛИ У ВАС ПРИ ПРЕДЫДУЩЕМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ:

Аллергические реакции Да ___ нет ___ Продолжительное кровотечение Да ___ нет ___

Какие-либо другие осложнения во время или после стоматологического лечения: _____

ОТКУДА ВЫ О НАС УЗНАЛИ:

Источник информации:

- Средства массовой информации (какие) _____

-Рекомендация:

от друзей, знакомых, родственников от другого врача ФИО _____

ДМС интернет источники (какие) _____

2ГИС другие источники _____

НАСКОЛЬКО МНЕ ИЗВЕСТНО, Я ВЕРНО ОТВЕТИЛ(А) НА ВСЕ ВОПРОСЫ.

Дата _____ Подпись _____

С АНКЕТОЙ ОЗНАКОМЛЕН(А):

Дата _____ Врач _____ ФИО _____ Подпись _____

Дата _____ Врач _____ ФИО _____ Подпись _____

Дата _____ Врач _____ ФИО _____ Подпись _____

Дата _____ Врач _____ ФИО _____ Подпись _____