

Анкета здоровья

Фамилия	Имя	Отчество	
Дата рождения	Пол	Рост	Вес

КОНТ. ТЕЛЕФОН:

Обведите правильный ответ

1. Испытываете ли Вы чувство боли или дискомфорта в настоящее время? Да Нет	9. Когда Вы поднимаетесь по лестнице или идете, Вам приходится останавливаться из-за боли в грудной клетке и нехватке дыхания? Да Нет
2. Вы сильно нервничаете перед предстоящим стоматологическим лечением? Да Нет	10. У Вас отекают ноги за день? Да Нет
3. Был ли у Вас опыт негативного общения со стоматологом? Да Нет	11. Вы принимаете больше двух таблеток, чтобы заснуть? Да Нет
4. Лечились ли Вы стационарно в течение прошедших двух лет? Да Нет	12. Вы когда-нибудь просыпались от нехватки дыхания? Да Нет
5. Наблюдались ли Вы у врача последние два года? Да Нет	13. Вы придерживаетесь специальной диеты? Да Нет
6. Принимали ли Вы продолжительно какие-либо лекарственные препараты в течение последних двух лет? Да Нет	14. Вы страдаете онкологическими заболеваниями? Да Нет
7. Есть ли у Вас аллергия (т.е. зуд кожи, кожная сыпь, отёки, конъюнктивит и т.д.), Вы страдаете после приема пенициллина, аспирина, кодеина или других лекарственных препаратов? Да Нет	15. У Вас есть заболевания, состояния или проблемы, которые не перечислены выше? (при наличии укажите): Да Нет
8. Было ли у Вас сильное кровотечение, требующее соответствующего лечения? Да Нет	

Обведите те состояния, которые у Вас были когда-то или имеются в настоящее время

Остановка сердца	Анемия	Заболевания щитовидной железы	Заболевания печени	Малярия
Сердечные заболевания или инфаркты	Нарушение мозгового кровообращения	Лучевое лечение	Заболевание пищеварительной системы	У Вас легко возникают синяки
Стенокардия	Заболевания почек	Химиотерапия	Переливание крови	Для женщин:
Высокое кровяное давление	Язвы	Артриты	Лекарственная зависимость	Вы сейчас беременны?
Аритмии	Эмфизема	Стероидная терапия	Гемофилия	Вы принимаете контрацептивные препараты?
Ревматизм	Кашель	Глаукома	Венерические заболевания (сифилис, гонорея и т.д.)	Вы собираетесь забеременеть?
Врожденные пороки сердца	Туберкулез	Боль в суставах	Герпес	Перечислите медицинские препараты, которые принимаете в настоящее время:
Скарлатина	Астма	СПИД		
Искусственный сердечный клапан	Сенная лихорадка	Гепатит А	Эпилепсия	
Водитель ритма сердца	Заболевания придаточных пазух носа	Гепатит В	Нарушения координации	
Операции на сердце	Аллергия, крапивница	Гепатит С	Неврозы	
Искусственный суставы	Сахарный диабет	Желтуха	Психиатрическое лечение	

Я, подтверждаю, что указал и сообщил все имеющиеся у меня сопутствующие заболевания, указал все препараты, принимаемые мной. Я, понимаю, что сокрытие мной данных о состоянии моего здоровья может повлечь неправильную постановку диагноза и не правильное лечение. Все перечисленные выше ответы правильны и корректны. Если в моем состоянии здоровья произойдут изменения, я обязательно информирую об этом своего стоматолога в следующее посещение.

Дата _____ Подпись пациента _____ Подпись врача _____