 Дата**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 20\_\_\_г.

**АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ**

***ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ***

**Как вы оцениваете общее состояние своего здоровья?**

 Хорошее

 Удовлетворительное

 Плохое

 Установлена инвалидность

**Состояние сердечно-сосудистой системы:**

 Нет никаких выявленных патологий

 Мучает отдышка даже после незначительных физических усилий

 Повышенное давление(гипертоническая болезнь)

 Пониженное давление

 Аритмия

 Ишемическая болезнь сердца  Установлен кардиостимулятор

 Перенесен инфаркт миокарда

Другое:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Состояние нервной системы:**

 Нет никаких выявленных патологий

 Эпилепсия

 Перенесен инсульт

 Болезнь Паркинсона

 Имеются психические расстройства (в том числе панические атаки)

Другое:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заболевания ЛОР-органов:**

 Нет никаких выявленных патологий

 Нарушено носовое дыхание

 Хронический тонзиллит

 За последний год перенесен синусит(гайморит)

 Периодически беспокоит боль в одном или обоих ушах

 Проводилось удаление

аденоидов  год.

Другое:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Вирусные и инфекционные заболевания:**

 Нет никаких выявленных патологий

 Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)

 Сифилис

 Гепатит, указать форму\_\_\_\_\_

 Covid-19 за **** год

**Прочие заболевания:**

 Нет никаких выявленных патологий

 Сахарный диабет

 Заболевания щитовидной железы

 Нарушения свертываемости крови

 Повышенное внутриглазное давление

 Бронхиальная астма

 Сотрясение головного мозга

 Системная красная волчанка

 Заболевания желудочно-кишечного тракта, какие: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Заболевания почек, какие: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Аллергический статус:** Укажите, на что бывает аллергия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Бывают ли у вас аллергические реакции?

 Да  Нет

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Как она проявляется?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Перенесен анафилактический шок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Перенесен отек Квинке

 Имеется непереносимость лекарственных препаратов:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Вы курите?**  Да  Нет

**Какие лекарственные препараты вы принимаете на регулярной основе/ в данный момент?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Для женщин:**

Беременность  Нет  Да, укажите срок\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Кормление грудью  Да  Нет

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ***

**Когда вы последний раз посещали стоматолога?**

 Менее года назад  Год-два назад  Более двух лет назад  Никогда не был у стоматолога

**Оцените уровень психо-эмоционального напряжения перед предстоящим осмотром и возможным стоматологическим лечением (1-не вызывает никакого беспокойства, 10-непреодолимый страх и риск панической атаки)**

**1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

**Были ли в прошлом какие-то осложнения во время анестезии или стоматологического лечения?**

Если да, укажите какие:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Причины обращения в стоматологическую клинику:**

 Плановый осмотр

 Профессиональная чистка и профилактика

 Испытываю зубную боль

 Заболевания десен

 Заболевания слизистой оболочки полости рта

 Знаю, что требуется лечение зубов

 Протезирование

 Неровное положение зубов

Другое:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  По направлению от других клиник

**Вы исправляли прикус с помощью брекет-системы?**

 Нет  Да, в каком году были сняты брекеты?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Планирую

**Стоматологические пломбы:**

 Реакция зубов на сладкое, кислое, горячее, холодное

 Ноющие боли в зубе

 Боль при накусывании

 Застревание пищи между зубов

 Потеряна пломба/зуб

 Иногда припухает десна(свищ) около зуба

 Щелчки, боли при открывании рта

 Сухость полости рта

 Неприятный запах изо рта

 Кровоточивость десен

 Не устраивает цвет/форма зубов

 Беспокоит налет/камни на зубах

 Частый герпес(простуда) на губах

 Чувство жжения во рту

 Часто прикусываю щеку/губу при пережевывании пищи

Другое:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Какой зубной щеткой вы пользуетесь?**  Мягкая  Средняя  Жесткая  Не знаю

**Какой зубной пастой Вы пользуетесь?**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(название фирмы)

**Дополнительные средства гигиены:**  Электрическая зубная щетка  Зубная нить  Ирригатор

 Ершики  Монопучковая щетка

**Когда вы последний раз выполняли профессиональную гигиену полости рта (снятие камней, Air-Flow)?**  Менее года назад  Год-два назад  Более двух лет назад  Никогда

Дополнительно о своем стоматологическом здоровье, гигиенических привычках, опыте предыдущего лечения зубов и возможных противопоказаниях хочу сообщить: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_правильно ответил(а) на все вопросы анкеты.

Я осознаю, что любая скрытая информация о моем здоровье может привести к осложнениям во время стоматологического лечения.

Я понимаю, что в случае изменения состояния моего здоровья мне нужно сообщить об этом лечащему врачу.

Я понимаю, что данные анкеты следует обновлять не реже 1 раза в год.

Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_