

## АНКЕТА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА

(Приложение к Договору возмездного оказания медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г., заключенного между ООО  
Стоматологический салон «Консул» и Заказчиком \_\_\_\_\_ )

<b>Ф.И.О.</b>		
<b>Дата рождения:</b>	<b>Телефон:</b>	
<b>Вид трудовой деятельности (профессия)</b>		
<b>Группа крови и резус фактор</b>		
<b>Последнее посещение врача-стоматолог (месяц, год)</b>		
<b>ПЕРЕНЕСЕННЫЕ СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>	<b>ДА</b>	<b>НЕТ</b>
Заболевания сердца		
Инфаркт миокарда		
Наличие кардиостимулятора		
Заболевание сосудов		
Инсульт		
Повышение артериального давления		
Понижение артериального давления		
Заболевание легких		
Бронхиальная астма		
Заболевания желудочно-кишечного тракта		
Заболевания печени		
Заболевания почек		
Заболевания щитовидной, паращитовидной железы, др. желез		
Сахарный диабет		
Травмы		
Сотрясение головного мозга		
Эпилепсия и другие заболевания центральной и периферической нервной системы		
Заболевания крови		
Нарушения свертываемости крови		
Заболевания уха, горла, носа		
Глаукома (повышение внутриглазного давления)		
Заболевание костной системы, суставов		
Заболевание кожи		
Нейродермит		
Головные боли (в том числе беспричинные)		
Венерические заболевания		
Инфекционные заболевания (в том числе COVID-19)		
Бывает головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов		
Проводилась лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет		
Были ли операции (характер)		
Другие заболевания (указать)		
Принимаете ли кроворазжижающие медицинские препараты		
<b>АЛЛЕРГИЯ</b>		
Лекарственная		
Пищевая		
Другие виды		

Проявления: крапивница, ринит, кашель, отек Квинке, анафилактический шок (нужное подчеркнуть)		
<b>ИНФОРМАЦИЯ, КАСАЮЩАЯСЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ</b>		
При прохождении стоматологического лечения в прошлом были: Аллергические реакции на _____ Продолжительное кровотечение в течение _____ Какие-либо другие осложнения во время или после лечения _____		
Кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная)		
Проявление герпеса «простуды» на губах с периодичностью _____ в год		
Появление трещин губ (в углах рта, по центру нижней губы)		
Бруксизм (скрежетание зубами в ночное время суток)		
Периодическое появление язв в полости рта		
Периодическая или постоянная сухость во рту		
Хотелось бы изменить цвет или форму зубов		
Чувство запаха изо рта		
Вредные привычки (курение, прием алкоголя, наркотических средств)		
<b>ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В НАСТОЯЩЕМ ВРЕМЕНИ ИЛИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ</b>		
Постоянно или периодически принимаю лекарственные препараты Если «да», то какие: _____		
Лечусь, проводилось лечение (какое, когда - год, месяц): _____		
Проводили ли Вам хирургические вмешательства в течение года		
Состою на учете в лечебном учреждении (диагноз)		
Были ли последние 14 дней контакты с инфицированными больными? Болели ли сами COVID-19?		
Последнее общеемедицинское обследование проводилось: месяц _____ год _____		
Проводились ли переливания крови (когда, в каком объеме): _____		
Проводились инъекции (внутримышечные, внутривенные, подкожные и др.) в течение последних 6 месяцев		
<b>ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ</b>		
Являюсь донором		
Ваша работа/ учеба связана (ранее или сейчас) с вредными факторами воздействия на организм: химическими, физическими (излучения, высокое давление, температура, вибрация, шум и т.д.)		
Ваш режим труда и отдыха (нормированный, не нормированный)		
Вы проживаете (ранее или сейчас) на территории с повышенным химическим, радиационным и др. загрязнением (Название района)		
Я занимаюсь спортом (профессиональным, любительским). Каким? _____		
<b>ДЛЯ ПАЦИЕНТОК</b>		
Вы беременны (срок)		
Являетесь кормящей матерью		
Имеется нарушение менструального цикла		
Количество родов (прописать года)		
Лактация (сколько месяцев)		
Последняя лактация закончилась (указать месяц, год )		

Я искренне ответил (а) на все пункты анкеты, хочу дополнительно сообщить о состоянии своего здоровья следующее: \_\_\_\_\_

Мне известно, что только в случае обязательных диспансерных осмотров (1 раз в 3 месяца) можно рассчитывать на определенный результат лечения и протезирования. \_\_\_\_\_  
Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов до начала приема стоматолога, обязан (а) сообщить врачу об этом. \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_