Стоматологическая клиника «Эстетик»

г. Ступино, ул. Садовая, д. 12

ОГРН: 1145019011279, ИНН: 5019026393

Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-50-01-007480

АНКЕТА ПАЦИЕНТА

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением общего врача? Если “Да”, то укажите причину: | | Да | Нет |
| 2. | Принимаете ли Вы в настоящее время какие-нибудь лекарства?  Если “Да”, то перечислите наименования: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Да | Нет |
| 3. | Посещаете ли Вы в настоящее время какие-либо процедуры (массаж, ванны, грязи, физиотерапия и т.п.)? Если “Да”, то укажите: | | Да | Нет |
| 4. | Наблюдались ли у Вас при предыдущем стоматологическом лечении продолжительное кровотечение, какие-либо другие осложнения во время или после стоматологического лечения, а также были ли аллергические рекции на какие-либо препараты (перечислите, какие именно)?  Если “Да”, то какие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Да | Нет |
| 5. | Если Вы лечитесь в настоящее время (лечились ранее) или имеете информацию (подозреваете) о наличии у Вас следующих заболеваний и состояний, дайте краткое описание: | | Да | Нет |
|  | А | Ревматизм, ревматические поражения сердца, шумы (боли) в сердце, пороки сердца, | Да | Нет |
|  | Б | Инфаркт миокарда, стенокардия, аритмия, хирургические вмешательства на сердце, | Да | Нет |
|  | В | Желудочно-кишечные заболевания, | Да | Нет |
|  | Г | Повышенное (пониженное) кровяное давление, | Да | Нет |
|  | Д | Повышенная кровоточивость, анемия, гемофилия (не свертываемость крови), переливания крови | Да | Нет |
|  | Е | Астма, туберкулез, сезонная аллергия, аллергические реакции на антибиотики, болеутоляющие препараты, местные анестетики и другие лекарства | Да | Нет |
|  | Ж | Доброкачественные, злокачественные опухоли, радиологическое лечение, химиотерапия | Да | Нет |
|  | З | Диабет | Да | Нет |
|  | И | Гепатит, желтуха, заболевания печени | Да | Нет |
|  | К | Заболевания почек и мочевыводящих путей, затрудненное мочеиспускание, диализ | Да | Нет |
|  | Л | Заболевание щитовидной железы | Да | Нет |
|  | М | Паралич, парез, конвульсии, обмороки, потеря сознания | Да | Нет |
|  | Н | Артрит | Да | Нет |
|  | О | Венерические заболевания или СПИД | Да | Нет |
|  | П | Травмы головы или шеи, автомобильные аварии, хирургические операции | Да | Нет |
|  | Р | Лечение нижнечелюстного сустава | Да | Нет |
|  | С | Имеются ли у Вас другие проблемы со здоровьем, о которых Вам известно? Если “Да”, то какие: | Да | Нет |
|  | Т | **Для женщин**: Вы беременны, предполагаете беременность или кормите ребенка? | Да | Нет |

Последующая информация является крайне важной для обеспечения Вас эффективным стоматологическим лечением в соответствии с Вашим общим состоянием здоровья. Вам необходимо дать полные и правильные ответы на все вопросы. Если вопрос непонятен или Вы не уверены в ответе, обсудите этот вопрос с врачом. Неполная или неправильная информация может повредить Вашему здоровью.

Насколько мне известно, на все вопросы я ответил(а) аккуратно и достоверно.

**“\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**