



Приложение №1 к договору на оказание медицинских услуг

№ ___ от «___» _____ 20__ г.

АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

Сообщенные Вами сведения позволят врачу подобрать эффективное обезболивание, назначить профилактику, лечение и сохранить Ваше здоровье. Врач пояснит (в оправданных случаях) есть ли связь между Вашим общим здоровьем и состоянием полости рта.

По каждому пункту анкеты надо отвечать **ДА** или **НЕТ**. Ваши данные составляют врачебную тайну, и не будут доступны посторонним лицам. Подробные ответы помогут учесть в процессе лечения все индивидуальные особенности Вашего организма.

Анкета заполняется пациентом **лично** или **его законным представителем**.

Фамилия, Имя, Отчество _____

Дата рождения: _____;

Группа крови: _____ Резус-фактор: _____.

Курите ли вы: _____.

Когда последний раз Вы обращались к стоматологу: _____

Откуда вы узнали о нашей клинике: _____

Аллергические реакции

Бывают ли у Вас такие проявления аллергии как: Да* Нет

*Если ответ «Да» опишите, на что проявляется аллергия и как она проявляется (зуд, сыпь, кашель, отеки и др.)

Были ли у вас аллергические реакции на:

местные анестетики (новокаин, лидокаин и др.) Да* Нет

*Если ответ «Да» опишите, на какие именно:

антибиотики (пенициллины, цефалоспорины и др.) Да* Нет

*Если ответ «Да» опишите, на какие именно:

препараты йода

Да

Нет

гормональные препараты: дексазон,
преднизолон и др.

Да

Нет

шерсть животных, пыльца растений

Да

Нет

другие лекарственные препараты

Да*

Нет

*Если ответ «Да» опишите, на какие именно:

пищевые продукты

Да*

Нет

*Если ответ «Да» опишите, на какие именно:

холод

Да

Нет

Резиновые изделия (латекс, перчатки и др.)

Да

Нет

Хронические и перенесенные заболевания

Страдаете ли вы повышенным или
пониженным артериальным давлением:

Да*

Нет

*Если да укажите значения

Повышенное
(максимальное)

Пониженное
(минимальное)

Есть ли у Вас в настоящее время или были в прошлом такие заболевания/состояния:

сердечно-сосудистые заболевания (*стенокардия,
сердцебиение, одышка, инфаркт миокарда,
ишемическая болезнь, кардиостимулятор*):

Да*

Нет

*Если ответ «Да», то опишите какие:

заболевания почек Да Нет

печени и желудочно-кишечного тракта Да Нет

дыхательных путей (бронхиальная астма, туберкулез, эмфизема, бронхит и др.) Да Нет

сосудов (склероз, тромбофлебит) Да Нет

ревматизм Да Нет

глаукома (повышение внутриглазного давления), катаракта Да Нет

диабет Да Нет

болезни костной системы, суставов Да Нет

заболевания крови (лейкоплакия, анемия и др.) Да Нет

нарушения свертываемости крови Да Нет

онкологические заболевания Да Нет

эпилепсия Да Нет

Заболевания психического характера Да Нет

Бывают ли у вас:

длительные кровотечения (после порезов, травм, операций) Да Нет

головокружения, потери сознания, одышки при введении анестетиков и других лекарственных препаратов Даё Нет

инфекционные заболевания (в том числе в день приема) Да Нет

герпес или другие высыпания на лице Да Нет

припадки, обмороки, головокружения, эпилепсия Да Нет

Сотрясение головного мозга (если были указать давность) Да Нет

Гепатит, ВИЧ Да* Нет

*Если ответ «Да», то опишите заболевание его форму и когда:

Для женщин

Беременны ли вы Да Нет

Являетесь кормящей матерью Да Нет

Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее:

Мне известно, что от состояния моего здоровья зависят результаты лечения и гарантии на каждую услугу, выполненную врачом.

Я знаю:

- что в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога мне надо сообщить ему об этом;
- что анкету о здоровье необходимо заполнять вновь каждые полгода;
- при изменении состояния здоровья незамедлительно информировать стоматолога,
- при наличии хронических заболеваний необходимо представлять по требованию врача – стоматолога дополнительные выписки, заключения, результаты анализов и обследования.

Я подтверждаю, что предложенная мне анкета о перенесенных заболеваниях и имевших место осложнениях, заполнена мною лично и, содержащаяся в ней информация достоверна. Я понимаю, что неполная или недостоверная информация может привести к осложнениям во время лечения.

ФИО _____

Подпись пациента _____

Дата заполнения: _____ г.