

# ООО «Эстет Плюс»

## АНКЕТА ПАЦИЕНТА

Уважаемый господин(госпожа)

---

Мы рады приветствовать Вас в нашей клинике!

Для того, чтобы процесс лечения был максимально безопасен для Вас и персонала клиники, убедительно просим заполнить предлагаемую анкету.

Данные о заболеваниях, состоянии здоровья, наличии аллергии, принимаемых препаратах могут в значительной степени оказать влияние на лечебный процесс, поэтому, пожалуйста по возможности максимально подробно ответьте на предлагаемые вопросы. Это поможет избежать возможных осложнений в процессе лечения. В свою очередь, мы гарантируем полную конфиденциальность результатов анкетирования. Сведения, указанные в анкете, будут использованы только для подбора адекватных методов лечения с учетом общего состояния здоровья и для контактов с Вами.

1. Год рождения \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ число \_\_\_\_\_
2. Когда Вы последний раз посещали врача-стоматолога \_\_\_\_\_

---

По возможности укажите какую стоматологическую клинику Вы посещали в последнее время \_\_\_\_\_

Далее, при ответах, просим Вас после каждого вопроса сделать соответствующую пометку в графах «Да» или «Нет»

№ п/п	ВОПРОС	ДА	НЕТ
1	Страдаете ли Вы сердечно-сосудистыми заболеваниями:		
	а) ишемической болезнью сердца		
	б) нарушение ритма		
	в) перенесли ли инфаркт миокарда		
	г) наличие кардиостимулятора		
2	Болеете ли Вы заболеваниями сосудов (если да, то указать какими)		
3	Повышается ли у Вас артериальное давление		
4	Бывает ли пониженное давление		
5	Бывает ли головокружение, потеря сознания, одышка, в том числе при введении лекарственных препаратов		
6	Страдаете ли Вы заболеваниями крови		
7	Страдаете ли Вы заболеваниями печени		
8	Страдаете ли Вы заболеваниями почек		
9	Страдаете ли Вы заболеваниями щитовидной железы		
10	Страдаете ли Вы эпилепсией, другими заболеваниями нервной системы		
11	Страдаете ли Вы воспалением легких		
12	Страдаете ли Вы бронхиальной астмой		

13	Страдаете ли Вы сахарным диабетом		
14	Есть ли у Вас заболевания кожных покровов		
15	Есть ли у Вас заболевания суставов		
16	Болеете ли Вы заболеваниями желудочно-кишечного тракта		
17	Есть ли у Вас заболевания глаз		
18	Есть ли у Вас заболевания ЛОР –органов		
19	Болели ли Вы инфекционными заболеваниями		
20	Болели ли Вы венерическими заболеваниями		
21	Болеете ли Вы СПИДом (ВИЧ)		
22	Болеете ли Вы вирусным гепатитом		
23	Состояли(состоите) ли Вы на диспансерном учете в туберкулезном диспансере		
24	Проводилось ли исследование на СПИД, вирусные гепатиты		
25	Принимали ли Вы лекарственные препараты по поводу вышеуказанных или других заболеваний за последний месяц		
26	Состоите ли Вы на диспансерном учете в туберкулезном диспансере		
27	Были ли у Вас раньше травмы: а) зубов и челюстей б) другие травмы		
28	Было ли раньше сотрясение мозга		
29	Делали ли Вам операции(желательно указать какие)		
30	Проводилось ли переливание крови		
31	Страдаете ли Вы головными болями		
32	Были ли(есть ли) у Вас грибковые заболевания		
33	Были ли(есть ли) у Вас язвы в полости рта		
34	Часто ли у Вас возникает простуда на губах(страдаете ли Вы герпетической инфекцией)		
35	Было ли у Вас длительное повышение температуры без видимых причин(в последние три месяца)		
36	Отмечаете ли Вы у себя увеличение лимфатических узлов		
37	Отмечаете ли Вы в последнее время значительное уменьшение собственного веса		
38	Связана ли Ваша работа с воздействием вредных для человеческого организма факторов как то: радиация, высокое давление и воздействие др. значительных физических и химических факторов		
39	Есть ли у Вас нарушение свертываемости крови (длительные кровотечения)		
40	Есть ли у Вас аллергических реакций на местные анестетики (анестетики, которые применяют для обезболивания стоматологи), на антибиотики, сульфаниламиды(препараты принимаемые для лечения инфекционных заболеваний), на другие лекарственные препараты(желательно указать на какие)		
41	Есть ли у Вас аллергия на пыльцу растений, пищевые продукты		
42	Есть ли у Вас аллергия на другие вещества или факторы(желательно указать на какие)		
43	Проводилась ли Вам лучевая терапия		
44	Возможно, Вы отмечали за собой «скрежет» зубов во сне?		

45	Связан ли Ваш труд или досуг с повышенной физической или эмоциональной нагрузкой, требующей «стискивания» зубов		
----	---	--	--

46	Специальные вопросы для пациенток		
	Беременны ли Вы		
	Отмечаете ли Вы нарушение менструального цикла в последние 3 месяца		
	Принимаете ли Вы противозачаточные таблетки или иные гормональные препараты		

47. Есть ли у Вас устоявшееся хобби?(укажите какое) \_\_\_\_\_

48. Если у Вас отмечались другие состояния или заболевания, которые не вошли в вышеуказанные вопросы анкеты, то сообщите о них письменно ниже \_\_\_\_\_

49. В случае, если Вы будете принимать какие-либо лекарственные препараты в течении всего периода лечения в нашей клинике, просим обязательно сообщить об этом лечащему врачу.

Дата заполнения анкеты  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись пациента  
\_\_\_\_\_