

Успешность стоматологического лечения может зависеть от наличия степени развития общих заболеваний организма. Вот почему врачу важны сведения о состоянии Вашего здоровья. Они помогут правильно составить план лечения, дать обоснованные гарантии на выполненную работу.

**Карта опроса пациента перед стоматологической манипуляцией ( анамнез пациента )**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
 Число/месяц/год рождения \_\_\_\_\_  
 Адрес места прописки \_\_\_\_\_  
 Адрес по месту проживания \_\_\_\_\_  
 Моб.тел. \_\_\_\_\_  
 Достоверность вышеуказанной информации гарантирую.

Дата \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись пациента \_\_\_\_\_

*Я разрешаю администраторам клиники звонить по указанным мной в анкете телефонам, чтобы напомнить о приёме, контрольном осмотре или сообщить о других изменениях в расписании клиники.*

Подпись пациента \_\_\_\_\_

**АНКЕТА О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ**

Отвечая на вопросы анкеты, надо давать ответ "+" или "-" по каждому пункту. Сообщаемые Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

Последнее посещение врача стоматолога \_\_\_\_\_  
 (указать месяц и год)

<b>ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>		
Заболевания сердца		
Повышение или понижение артериального давления		
Заболевания печени		
Заболевания почек		
Сахарный диабет		
Заболевание крови		
Нарушение свертываемости крови		
Проводилось ли исследование на СПИД и ВИЧ		
Венерические заболевания ( Сифилис)		
Инфекционные заболевания ( Гепатит, Туберкулёз)		
<b>АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ:</b>		
* на местные анестетики		
* на антибиотики		
* на препараты йода		
* на другие лекарственные препараты		
Постоянно или периодически принимаю лекарственные препараты		
Состою на учете в лечебном учреждении		
<b>СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ</b>		
Кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная)		
Появление герпеса «простуды» на губах		
Бруксизм (ночное скрежетание зубов)		
Вредные привычки (курение, прием алкоголя и наркотических средств)		
<b>ДЛЯ ПАЦИЕНТОК</b>		
Беременны ли Вы		
Являетесь ли Вы кормящей матерью		

Я искренне ответил(а) на пункты анкеты. Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее:

\_\_\_\_\_

Мне известно, что сведения о состоянии здоровья надо периодически обновлять.  
 Мне известно, что результаты лечения (выполнения работ) зависят от состояния моего здоровья.  
 Мне известно, что гарантии на каждую выполненную Исполнителем работу будут определяться с учетом моего здоровья.  
 Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога, мне надо сообщать об этом врачу.  
 Я информирован(а) о выполнении ортопантограммы перед стоматологическим лечением и готов(а) при необходимости дополнительно сделать прицельные рентгеновские снимки зубов.

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. Подпись пациента \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
 ФИО

