

Мы гарантируем, что сведения, указанные Вами в анкете будут использованы только для подбора лечения с учетом вашего здоровья и не будут доступны посторонним лицам.

Спасибо за предоставленную информацию!

Анкета здоровья пациента

Ф.И.О. Пациента _____

Возраст (дд/мм/гггг) _____

Пол(м/ж) _____

Номер телефона _____ Профессия _____

Хобби _____

№	Вопросы о здоровье	Да	Нет
1	Были/есть ли у Вас аллергические реакции на:		
а)	Продукты (если да, то какие)		
б)	Лекарственные препараты (если да, то какие)		
в)	Косметику (если да, то какую)		
г)	Растения(пыльцу), животных		
д)	Как проявляется: Кожная сыпь, насморк, конъюнктивит, отек Квинке, приступы удушья, анафилактический шок, другое.(Нужно подчеркнуть)		
2	Принимаете ли Вы Бисфосфонаты?		
3	Бывает ли у Вас головокружение, потеря сознания, обмороки, одышка и т.д. при введении анестетиков и других лекарственных препаратов(Нужное		
4	Были/есть ли у Вас заболевания:		
а)	Сердца, сосудов (наличие кардиостимулятора, аритмия, стенокардия, инфаркт, гипертоническая болезнь, др.) если да, укажите какое.		
б)	Крови (если да, укажите какое)		
в)	Печени и желчевыводящих путей		
г)	Почек		
д)	Щитовидной железы		
е)	Легких (бронхиальная астма и др.)		
ж)	Желудочно - кишечного тракта		
з)	Кожи (дерматиты, экзема)		
5	Были/есть онкологические заболевания (если да, указать какого характера)		
6	Были/есть заболевания инфекционного характера (гепатиты, туберкулез, и др.), если да, указать какие.		
7	Были/есть заболевания центральной и периферической нервной системы		

Подпись пациента: _____

Пожалуйста, переверните страницу для дальнейшего заполнения анкеты.→

		Да	Нет
8	Сахарный диабет (если да, указать какой тип)		
9	Были/ есть венерические заболевания (ВИЧ, сифилис)		
10	Были/есть заболевания ЛОР органов		
11	Были/есть заболевания Височно - нижнечелюстного сустава		
12	Бывает ли у Вас повышенное артериальное давление		
13	Бывает ли у Вас пониженное артериальное давление		
14	Вредные привычки (курение, алкоголь)		
15	Бруксизм (ночное скрежетание зубами, стискивание челюстей)		
16	Нарушение свертываемости крови, кровоточивость, плохое заживление ран и царапин(нужно подчеркнуть)		
17	Принимаете ли Вы лекарственные препараты(если да, то указать какие и по поводу чего)		
18	Были ли у Вас оперативные вмешательства(если да, то по поводу чего)		
19	Состоите ли вы на учете в наркологическом диспансере		
20	Состоите ли вы на учете в психоневрологическом диспансере		
21	Находитесь ли вы в данный момент под наблюдением врача (если да, то указать какого, телефон лечащего врача)		
22	Получаете ли вы какое-либо не медикаментозное лечение (Физиотерапия, химиотерапия, лучевая терапия)		
23	Профессиональные вредности (если да, указать какие)		

Для

24	Беременны ли Вы (если да, указать срок)		
25	Кормите ли Вы грудью		
26	Есть ли у вас гормональные нарушения		
27	Дополнительная информация которую вы считаете нужным указать		

Последнее посещение стоматолога проводилось в _____ году.

Какую стоматологическую проблему вы хотели бы решить?

Из каких источников Вы узнали о нашей стоматологической клинике:

- 1) Интернет Google Yandex
 2) Соц. Сети Instagram Facebook
 2) Наружная реклама Экран Наша вывеска "МиПоль"
 3) Печатная реклама _____
 4) По рекомендации от _____

(Укаж

ите

5) Другое _____

Хотели бы Вы получать информацию о наших редких закрытых предложениях?

ДА

НЕТ

"__" "__" 2018

Подпись пациента _____

