**АНКЕТА О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ**

Сведения о Вашем здоровье позволят врачу правильно подобрать анестезию, лекарства и методы лечения, составить план лечения. 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.

**Последнее посещение врача стоматолога: *месяц\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_год\_\_\_\_\_\_\_***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1) Группа крови \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **2) Что вызывает аллергию:**  -местные анестетики | Да Нет | |
| -антибиотики, сульфаниламиды, препараты йода | Да Нет | |
| -гормональные препараты | Да Нет | |
| -пыльца и растения, пищевые продукты, шерсть животных | Да Нет | |
| -другие вещества или препараты: | Да Нет | |
| Чем снимаются приступы аллергии: |  | |
| **3)Страдаете ли Вы:** | Да Нет | |
| - повышенным артериальным давлением (максимальное \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | | Да Нет |
| - пониженным артериальным давлением (минимальное \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | | Да Нет |
| **4) Страдаете ли Вы заболеваниями:** | | Да Нет |
| -сердца (стенокардия, сердцебиение, инфаркт миокарда, ишемическая болезнь, кардиостимулятор) | | Да Нет |
| - почек | | Да Нет |
| - печени | | Да Нет |
| -желудочно-кишечного тракта (гастрит, язва и др.) | | Да Нет |
| - дыхательных путей (туберкулез, астма, эмфизема, бронхит и др.) | | Да Нет |
| - сосудов (склероз, тромбофлебит) | | Да Нет |
| -ревматизм | | Да Нет |
| - глаукома (повышение внутриглазного давления) | | Да Нет |
| -диабет | | Да Нет |
| - венерические заболевания | | Да Нет |
| -заболевания щитовидной и других желез | | Да Нет |
| - заболевания кожи (псориаз, нейродермит и др.) | | Да Нет |
| - уха, горла, носа | | Да Нет |
| -костной системы, суставов | | Да Нет |
| -заболевания крови (лейкоплакия, анемия и др.) | | Да Нет |
| - нарушение свертываемости крови | Да Нет | |
| **5) Бывают ли у Вас:** | Да Нет | |
| - длительные кровотечения (после порезов, травм, операций) | Да Нет | |
| -головокружения, потери сознания, одышки при введении анестетиков и других лекарственных препаратов | Да Нет | |
| - регулярные расстройства кишечника | Да Нет | |
| -головные боли (в том числе беспричинные) | Да Нет | |
| **6)Были ли у Вас:** | Да Нет | |
| -инфекционные заболевания (или имеют место в день приема): | Да Нет | |
| -травмы (какие): Да Нет | | |
| - сотрясение головного мозга Да Нет | | |
| - припадки, обмороки, головокружения, эпилепсия | Да Нет | |
| -исследования на ВИЧ (какой результат: “+” или “-“) | Да Нет | |
| Гепатит | Да Нет | |
| |  | | --- | | **7) Получение медицинской помощи в настоящем времени или**  **в последние 6 месяцев:** | | - лечусь, проводилось лечение (год месяц ) | | - состою на учете в лечебном учреждении (по поводу): | | - последнее общемедицинское обследование (год месяц ) | | - операция (год месяц ) |   **8) Дополнительные сведения:** | Да Нет  Да Нет  Да Нет  Да Нет  Да Нет | |
| -постоянно или периодически принимаю лекарственные препараты (если “да”, то какие): | Да Нет | |
| - являюсь донором (последняя сдача крови год месяц ) | Да Нет | |
| - моя работа связана (ранее или сейчас) с вредными факторами: химическими, физическими (излучение, высокое давление, низкая или высокая температура, вибрации и т.д.) | Да Нет | |
| - вредные привычки: курение, прием алкоголя, наркотических средств | Да Нет | |
| **9) Для пациенток:** |  | |
| - вы беременны, кормящая мать | Да Нет | |
| **10) Дополнительная информация, касающаяся стоматологического лечения:** |  | |
| * -при прохождении стоматологического лечения в прошлом были:   аллергическая реакция\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  продолжительное кровотечение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  какие-либо другие осложнения во время или после лечения | Да Нет  Да Нет | |
| - боли и щелканья в нижнечелюстном суставе | Да Нет | |
| -кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная) | Да Нет | |
| - появление герпеса ( “простуды” на губах) с периодичностью \_\_\_\_ раз(а) в год | Да Нет | |
| -появление трещин губ, заед | Да Нет | |
| -бруксизм (ночное скрежетание зубами) | Да Нет | |
| - изменилось положение губы (верхней, нижней) или изменилась улыбка | Да Нет | |
| - периодическое появление язв в полости рта | Да Нет | |
| - периодическая или постоянная сухость во рту | Да Нет | |
| - хотелось бы изменить цвет или форму зубов | Да Нет | |
| - запах изо рта | Да Нет | |
| **11) Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее:** |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |

Мне известно, что от состояния моего здоровья зависят:

- результаты лечения;

* гарантии на каждую работу, выполненную врачом.

Я знаю:

* в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога мне надо сообщить ему об этом;
* анкету о здоровье надо заполнять вновь каждые полгода.

Я подтверждаю, что мои ответы о перенесенных заболеваниях и имевших место осложнениях достоверны.

“\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись пациента. Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_