АНКЕТА О ЗДОРОВЬЕ

Ф. И. О. пациента _____
Год рождения _____

Отвечая на вопросы анкеты, надо давать ответ «ДА» или «НЕТ» по каждому пункту. Сообщенные Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

Последнее посещение врача-стоматолога _____ (мес. и год)

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Заболевание сердца(инфаркт миокарда, стенокардия, аритмия, порок сердца)	ДА	НЕТ
Установлен ли у Вас кардиостимулятор сердца	ДА	НЕТ
Заболевание сосудов	ДА	НЕТ
Повышение или понижение артериального давления	ДА	НЕТ
Заболевание легких (туберкулез)	ДА	НЕТ
Бронхиальная астма	ДА	НЕТ
Заболевание желудочно-кишечного тракта	ДА	НЕТ
Заболевание печени, желтуха, гепатит	ДА	НЕТ
Заболевание почек	ДА	НЕТ
Заболевание щитовидной, паращитовидной и др. желез	ДА	НЕТ
Сахарный диабет	ДА	НЕТ
Травмы	ДА	НЕТ
Сотрясение мозга	ДА	НЕТ
Эпилепсия и др. заболевания центр. и периф.нерв.системы (инсульт)	ДА	НЕТ
Заболевание крови	ДА	НЕТ
Нарушения свертываемости крови	ДА	НЕТ
Заболевание ЛОР-органов	ДА	НЕТ
Удаление миндалин	ДА	НЕТ
Заболевание глаз	ДА	НЕТ
Заболевание костной системы, суставов	ДА	НЕТ
Рахит	ДА	НЕТ
Заболевание кожи	ДА	НЕТ
Нейродермит	ДА	НЕТ
Венерические заболевания или СПИД	ДА	НЕТ
Постоянно увеличены лимфатические узлы (железы)	ДА	НЕТ
Была длительная необъяснимая лихорадка	ДА	НЕТ
Бывают длительные боли в горле или затрудненное глотание	ДА	НЕТ

Периодически появляются багровые или красные участки на коже, сыпь	ДА	НЕТ
Ночная потливость	ДА	НЕТ
Дисбактериоз кишечника, диарея	ДА	НЕТ
Беспричинные головные боли	ДА	НЕТ
Проводились инъекции (в/м, в/в) за посл. 6 месяцев	ДА	НЕТ
Инфекционные заболевания	ДА	НЕТ
Проводилась лучевая терапия, химиотерапия за посл.10лет	ДА	НЕТ
Операции	ДА	НЕТ
Другие заболевания	ДА	НЕТ
Бывает головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или др. лекар. препаратов	ДА	НЕТ
Постоянно или периодически принимаете лекарственные препараты	ДА	НЕТ
Принимаете ли Вы в настоящее время какие - либо лекарственные препараты Если «ДА» , укажите какие, в какое время суток, когда был последний прием :	ДА	НЕТ

ОБРАЗЕЦ

_____		
Проводилось ли у Вас лечение каких либо заболеваний за прошедшие 6 месяцев. Какие принимались препараты: _____	ДА	НЕТ
Получаете ли Вы какое-либо немедикаментозное лечение в настоящее время (физиотерапия, фитотерапия, химиотерапия и т.д.) Если «ДА» , то какое конкретно _____	ДА	НЕТ
Состоите на учете в лечебном учреждении	ДА	НЕТ
Для пациенток : - Беременность Если «ДА» , какой срок _____ - вскармливание - нарушение менструального цикла - длительный, более 6 месяцев прием гормональных препаратов	ДА ДА ДА ДА	НЕТ НЕТ НЕТ НЕТ
Какое последнее общемедицинское обследование проводилось в этом году	ДА	НЕТ
Не находитесь ли Вы в состоянии острого эмоционального стресса	ДА	НЕТ
Имеются ли у Вас следующие привычки : - курение - алкоголизм - наркомания	 ДА ДА ДА	 НЕТ НЕТ НЕТ
Не находитесь ли вы в состоянии : - алкогольного опьянения - под воздействием наркотиков , сильнодействующих препаратов	 ДА ДА	 НЕТ НЕТ
В настоящий момент времени я переношу: - ОРВИ - насморк - воспаление горла - диарею (расстройство стула)	 ДА ДА ДА ДА	 НЕТ НЕТ НЕТ НЕТ

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ

На местные анестетики	ДА	НЕТ
На антибиотики	ДА	НЕТ
На сульфаниламиды	ДА	НЕТ
На препараты йода	ДА	НЕТ
На гормональные препараты	ДА	НЕТ
На другие лекарственные препараты Если «ДА» , то на какие именно: _____	ДА	НЕТ
На нестероидные противовоспалительные средства : нурофен, диклофенак, аспирин и др.	ДА	НЕТ
На пыльцу и растения	ДА	НЕТ
На шерсть животных	ДА	НЕТ
На другие вещества	ДА	НЕТ
На пищевые продукты	ДА	НЕТ
На парфюмерные и иные запахи	ДА	НЕТ
На холод	ДА	НЕТ
На резиновые изделия (перчатки, медицинские изделия)	ДА	НЕТ

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Наличие болей, щелканья в н/челюстном суставе	ДА	НЕТ
Кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная)	ДА	НЕТ
Появление герпеса («простуды») на губах с периодичностью __ в год	ДА	НЕТ
Появление трещин губ, заед	ДА	НЕТ
Изменилось положение губы (верхней, нижней) или изменилась улыбка	ДА	НЕТ
Бруксизм (ночное скрежетание зубами)	ДА	НЕТ
Периодическое появление язв в полости рта	ДА	НЕТ
Периодическая или постоянная сухость во рту	ДА	НЕТ

Как Вы переносите стоматологические вмешательства: - Очень хорошо	 ДА	 НЕТ

ОБРАЗЕЦ

- Хорошо	ДА	НЕТ
-Удовлетворительно	ДА	НЕТ
- Не хорошо	ДА	НЕТ
Есть ли у Вас следующие эмоции по поводу стоматологического вмешательства :		
- Страх	ДА	НЕТ
- Боязнь	ДА	НЕТ
- Тревожность	ДА	НЕТ
- Ничего из перечисленного	ДА	НЕТ
В настоящий момент я чувствую :		
- физическую усталость	ДА	НЕТ
- эмоциональную усталость	ДА	НЕТ
- переживания , по какому либо Важному поводу	ДА	НЕТ
- сонливость	ДА	НЕТ
- боль	ДА	НЕТ
- Все хорошо	ДА	НЕТ
Обычно перед анестезией я :		
- Переживаю, что она не подействует и будет больно	ДА	НЕТ
- Боюсь вида шприца	ДА	НЕТ
- Боюсь самого укола	ДА	НЕТ
- Понимаю, что все будет хорошо	ДА	НЕТ
Обычно во время лечения я :		
- Очень переживаю и хочу, чтобы все поскорее закончилось	ДА	НЕТ
- Переживаю , если доктор делает что-то без предупреждения	ДА	НЕТ
- Концентрируюсь на ощущениях в ротовой полости	ДА	НЕТ
- Спокойно сижу в кресле и думаю о чем - то своем	ДА	НЕТ
- Люблю , когда доктор предупреждает , что он(а) будет делать	ДА	НЕТ
- Люблю, когда доктор разговаривает со мной	ДА	НЕТ
Обычно после лечения я:		
- Хочу, чтобы анестезия поскорее прошла	ДА	НЕТ
- Спокойно отношусь к тому , что анестезия отходит не быстро	ДА	НЕТ

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

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

Подпись пациента _____

«___» _____ 20___г.

ОБРАЗЕЦ

ОБРАЗЕЦ