

# Уважаемый пациент!

Успешность стоматологического лечения может зависеть от наличия и степени развития общих заболеваний организма. Врачу-стоматологу очень важны сведения о состоянии Вашего здоровья. Они помогут правильно составить план лечения, обеспечить **безопасность** и **эффективность** проведения лечебных мероприятий, дать обоснованные гарантии на выполненную работу. Неполная информация может повредить Вашему здоровью!

Отвечая на вопросы анкеты, необходимо обвести нужный вариант ответа «ДА» или «НЕТ» по каждому пункту, указать год постановки диагноза или перенесенного заболевания. Сообщенные Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

Я \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество и дата рождения)

сообщаю следующую информацию о состоянии моего здоровья

(здоровья моего ребенка) \_\_\_\_\_

(дата рождения)

№	Вопрос	Ответ	
<i>Инфекционные заболевания</i>			
1.	В каком году Вам проводили исследование на ВИЧ _____ Результат _____	ДА	НЕТ
2.	Был ли Вам поставлен диагноз гепатит В С D в _____ году	ДА	НЕТ
3.	Болели ли Вы гепатитом А (желтухой) в _____ году	ДА	НЕТ
4.	Болели ли Вы туберкулезом	ДА	НЕТ
5.	Имеются ли у Вас венерические заболевания	ДА	НЕТ
<i>Аллергологический статус</i>			
6.	Имеются ли у Вас аллергические реакции на лекарственные препараты (какие) _____	ДА	НЕТ
7.	Имеются ли у Вас аллергические реакции на продукты питания, шерсть и т. д. (какие) _____	ДА	НЕТ
8.	Как именно проявляется реакция _____		
9.	Имеются ли у Вас бронхиальная астма	ДА	НЕТ
10.	Наблюдались нетипичные реакции организма на препараты во время введения на стоматологическом приеме _____	ДА	НЕТ
11.	Имелась и/или имеется ли у Вас одышка, головокружение, потеря сознания и т. д. при введении анестетиков или других лекарственных препаратов _____	ДА	НЕТ
<i>Травмы и заболевания ЦНС</i>			
12.	Имеются ли у Вас эпилепсия, другие заболевания центральной и периферической нервной системы	ДА	НЕТ
13.	Имелись ли у Вас травмы головы и/или шеи _____ год	ДА	НЕТ
14.	Имеются ли у Вас беспричинные головные боли	ДА	НЕТ
15.	Случались ли у Вас потери сознания?	ДА	НЕТ
<i>Сердечно-сосудистые заболевания</i>			
16.	Был ли у Вас инфаркт миокарда	ДА	НЕТ
17.	Имеются ли у Вас заболевания сердца	ДА	НЕТ
18.	Имеется ли у Вас повышенное или пониженное давление	ДА	НЕТ
19.	Был ли у Вас инсульт	ДА	НЕТ
<i>Заболевания других систем и органов</i>			
20.	Имеется ли у Вас заболевание печени, почек	ДА	НЕТ
21.	Имеется ли у Вас заболевания щитовидной, паращитовидной и других желез	ДА	НЕТ
22.	Имеются ли у Вас заболевания дыхательной системы (легких)	ДА	НЕТ
23.	Имеются ли у Вас заболевания желудочно-кишечного тракта	ДА	НЕТ
24.	Имеются ли у Вас заболевания костной системы, суставов, кожи	ДА	НЕТ
25.	Имеется ли у Вас сколеоз, остеохондроз	ДА	НЕТ

26.	Имеется ли у Вас нарушение свертываемости крови	ДА	НЕТ
27.	Болеете ли Вы сахарным диабетом	ДА	НЕТ
28.	Имеются ли у Вас заболевания ЛОР-органов (уха, горла, носа)	ДА	НЕТ
29.	Имеются ли у Вас онкологические заболевания	ДА	НЕТ
30.	Отмечается ли у Вас потеря веса за последние 6 месяцев	ДА	НЕТ
<i>Заболевания челюстно-лицевой области</i>			
31.	Когда вы в последний раз посещали стоматолога?		
32.	Имеются ли у Вас заболевание гайморовых пазух	ДА	НЕТ
33.	Имеются ли у Вас беспричинные головные боли	ДА	НЕТ
34.	Имеется ли у Вас боли, щелканье в нижнечелюстном суставе	ДА	НЕТ
35.	Имеется ли у Вас бруксизм (скрежетание зубами)	ДА	НЕТ
36.	Отмечаете ли Вы кровоточивость десен при чистке зубов	ДА	НЕТ
37.	Застревают ли у Вас между зубами частички пищи	ДА	НЕТ
38.	Наблюдается ли у Вас чувствительная реакция со стороны зубов, когда Вы пьете холодные напитки или едите сладости	ДА	НЕТ
39.	Имеется ли у Вас болезненное опухание десен	ДА	НЕТ
40.	Имеется ли у Вас периодическое появление язвочек в полости рта	ДА	НЕТ
41.	Отмечаете ли Вы периодическую сухость во рту	ДА	НЕТ
42.	Была ли у Вас сломана челюсть	ДА	НЕТ
43.	Пользовались ли Вы ранее зубными протезами	ДА	НЕТ
44.	Имеются ли у Вас какие-либо зубные конструкции	ДА	НЕТ
<i>Другое</i>			
45.	Проводилось ли Вам переливание крови	ДА	НЕТ
46.	Выполнялись ли Вам уколы (инъекции) за последние 6 месяцев	ДА	НЕТ
47.	Принимаете ли Вы постоянно или периодически лекарственные препараты	ДА	НЕТ
48.	Состоите ли Вы на учете в каком-либо лечебном учреждении	ДА	НЕТ
49.	Имеются ли у Вас профессиональные заболевания	ДА	НЕТ
50.	Имелся ли у Вас когда-либо герпес на губах	ДА	НЕТ
51.	Имеются ли у Вас наследственные заболевания	ДА	НЕТ
52.	Курите ли Вы?	ДА	НЕТ
53.	Принимаете ли Вы наркотики?	ДА	НЕТ
54.	В каком году Вам проводилось общемедицинское обследование		
<i>Для пациенток</i>			
55.	Беременны ли Вы	ДА	НЕТ
56.	Являетесь ли Вы кормящей матерью	ДА	НЕТ
57.	Применяете ли Вы гормональные контрацептивы	ДА	НЕТ

Я понимаю, что обязан предоставить полную информацию о состоянии своего здоровья и вносить изменения в сведения о состоянии здоровья по мере его изменения и ежегодно обновлять анкету.

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
Подпись и ФИО Пациента (законного представителя)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.  
дата подписи

Anamnesis Morbi \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
Подпись и ФИО медицинского работника

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.  
дата подписи