

УВАЖАЕМЫЙ ПАЦИЕНТ!

Благодарим Вас за то, что Вы обратились в нашу клинику.

Для заполнения медицинской карточки и Договора на оказание стоматологических услуг, нам необходимы Ваши личные данные. Заполните, пожалуйста, соответствующие графы для внесения информации в нашу клиентскую базу.
Сообщаемые Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА

Фамилия

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Имя

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Отчество

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Число\месяц\год рождения _____ Тел.моб. _____ дом. _____

раб. _____

Адрес по прописке _____

Адрес факт. проживания _____

Наименование места работы, профессия

Электронный адрес (для рассылки новостей в области стоматологии, а также своевременного уведомления по проводимым клиникой акциям):

Ваш E-mail:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Достоверность вышеуказанной информации гарантирую.

Дата " ____ " _____ 20 ____ г. Подпись пациента _____

Я даю свое согласие администраторам клиники звонить по указанным мной в анкете телефонам по поводу подтверждения назначенных визитов, а также на случай изменения расписания клиники или доктора.

Подпись пациента _____

Успешность стоматологического лечения может зависеть от наличия и 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. Сообщаемые Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

АНКЕТА О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Заболевания сердца	да	нет		Проводилось ли обследование на СПИД, когда	да	нет	
Инфаркт миокарда	да	нет		Грибковые заболевания (были, есть)	да	нет	
Наличие кардиостимулятора	да	нет		Постоянно увеличенные лимфатические узлы (железы)	да	нет	
Заболевания сосудов	да	нет		Периодически появляются багровые или красные участки на коже, сыпь	да	нет	
Повышение или понижение артериального давления (цифры)	да	нет		Беспричинные головные боли	да	нет	
Инсульт	да	нет		Венерические заболевания	да	нет	
Заболевание легких	да	нет		Являетесь ли Вы донором	да	нет	
Бронхиальная астма	да	нет		Проводились ли переливания крови (когда)	да	нет	
Заболевания желудочно-кишечного тракта	да	нет		Проводились ли инъекции (внутримышечные, подкожные и др.) за последние 6 месяцев	да	нет	
Заболевание печени	да	нет		Инфекционные заболевания (какие?)	да	нет	
Заболевание почек	да	нет		Проводились ли исследования на гепатиты, когда	да	нет	
Заболевание щитовидной, паращитовидной и др. желез	да	нет		Проводилась ли лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет	да	нет	
Сахарный диабет	да	нет		Операции (местный или общий наркоз)	да	нет	
Травмы (особенно в челюстно-лицевой части)	да	нет		Другие заболевания (какие?)	да	нет	
Сотрясение головного мозга	да	нет		Ваша работа связана (ранее или сейчас) с вредными факторами: химическими, физическими (излучения, высокое давление, вибрации и т.д.)	да	нет	
Эпилепсия и др. заболевания центральной и периферической нервной системы	да	нет		Бывает ли головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов	да	нет	
Заболевание крови	да	нет					
Нарушение свертываемости крови	да	нет					
Заболевания ЛОР органов (уха, горла, носа)	да	нет					
Глаукома (повышение внутриглазного давления)	да	нет					
Заболевания костной системы, суставов	да	нет					
Заболевания кожи	да	нет					
Нейродермит	да	нет					

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Наличие болей и щелканье в нижнечелюстном суставе	да	нет		Бруксизм (ночное скрежетание зубов)	да	нет	
Кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная)	да	нет		Хотелось бы Вам изменить цвет или форму зубов	да	нет	
Появление герпеса на губах с периодичностью _____ в год	да	нет		Периодическая или постоянная сухость во рту	да	нет	
Появление трещин губ, заед	да	нет		Чувствую запах изо рта	да	нет	
Изменилось положение губы (верхней, нижней) или изменилась улыбка	да	нет		Вредные привычки (курение, прием алкоголя и наркотических средств)	да	нет	
				Периодическое появление язв в полости рта	да	нет	

ДЛЯ ПАЦИЕНТОК

Беременны ли Вы	да	нет		Постоянно или периодически принимаете противозачаточные препараты	да	нет	
Являетесь ли Вы кормящей матерью	да	нет					

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

Мне известно, что сведения о состоянии здоровья необходимо 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 необходимо сообщать об этом врачу.

Дата " ____ " _____ 20 ____ г.

Подпись пациента _____ (_____)

фио

АНКЕТА О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ

* ставили ли Вам ранее анестезию у стоматолога	да	нет	затрудняюсь ответить
* есть ли у Вас аллергия на лекарственные препараты	да	нет	затрудняюсь ответить
* на антибиотики	да	нет	затрудняюсь ответить
* на пеницилины (пенициллин, ампициллин, амоксициллин и др.)	да	нет	затрудняюсь ответить
* на сульфаниламиды (антибактериальные) (бисептол, аргедин, сульфаниламид, фталазол и др.)	да	нет	затрудняюсь ответить
* на салицилаты (ацетилсалициловая кислота, аскофен, ибупрофен, цитрамон, анальгин и др.)	да	нет	затрудняюсь ответить
* на местные анестетики	да	нет	затрудняюсь ответить
* на препараты йода	да	нет	затрудняюсь ответить
* на хлор	да	нет	затрудняюсь ответить
* на гормональные препараты	да	нет	затрудняюсь ответить
* на другие лекарственные препараты (какие?)	да	нет	затрудняюсь ответить

* имеется ли предрасположенность к аллергии в семье (у кого?)	да	нет	затрудняюсь ответить

* на холод	да	нет	затрудняюсь ответить
* сезонная аллергия	да	нет	затрудняюсь ответить
* на другие вещества	да	нет	затрудняюсь ответить
* на чужеродные белки, содержащиеся в вакцинах и донорской плазме	да	нет	затрудняюсь ответить
* на пыльцу и растения	да	нет	затрудняюсь ответить
* на пыль	да	нет	затрудняюсь ответить
* на пищевые продукты	да	нет	затрудняюсь ответить
* на орехи	да	нет	затрудняюсь ответить
* на кунжут	да	нет	затрудняюсь ответить
* на морепродукты	да	нет	затрудняюсь ответить
* на бобовые	да	нет	затрудняюсь ответить
* на молоко	да	нет	затрудняюсь ответить
* на злаки	да	нет	затрудняюсь ответить
* на citrusовые	да	нет	затрудняюсь ответить
* на мед	да	нет	затрудняюсь ответить
* на шерсть животных	да	нет	затрудняюсь ответить
* на укусы насекомых или членистоногих (пчелиный яд, осиный яд)	да	нет	затрудняюсь ответить
* на плесневые грибы	да	нет	затрудняюсь ответить
* на парфюмерию/ косметику	да	нет	затрудняюсь ответить
* на стиральный порошок	да	нет	затрудняюсь ответить
* на другие химические чистящие средства (какие?)	да	нет	затрудняюсь ответить

Постоянно или периодически принимаю лекарственные препараты (какие?)	да	нет	затрудняюсь ответить
Проводилось ли лечение иных заболеваний за прошедшие дни, недели, месяцы	да	нет	затрудняюсь ответить
Состою на учете в лечебном учреждении (каком?)	да	нет	затрудняюсь ответить

Последнее общемедицинское обследование проводилось в _____ году	-	-	-

Дата " _____ " _____ 20 ____ г.

Подпись пациента _____ (_____)

ФИО