

Анкета пациента

Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением врача-терапевта? да нет

Если "Да", по какой причине? _____

Принимаете ли Вы в настоящее время какие-нибудь лекарства? да нет _____

Если "Да", перечислите названия лекарств: _____

ЛЕЧИТЕСЬ ЛИ ВЫ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ИЛИ ЛЕЧИЛИСЬ РАНЬШЕ ПО ПОВОДУ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: (если "Да", дайте короткое описание) ревматизм, поражения или

пороки сердца да нет _____

инфаркт миокарда, стенокардия, хирургия на сердце, нерегулярный ритм да нет _____

желудочно-кишечные заболевания да нет _____

повышенное/пониженное кровяное давление, повышенная кровоточивость,

анемия да нет _____

проблемы с дыханием, астма, туберкулез, пыльцевая аллергия да нет _____

рак, радиологическое лечение или химиотерапия да нет _____

диабет да нет _____

гепатит, желтуха, заболевание печени да нет _____

почечные и мочеиспускательные проблемы, диализ да нет _____

паралич, парез, конвульсии, потери сознания, обмороки да нет _____

артрит (воспаление суставов) да нет _____

венерические болезни или СПИД да нет _____

гемофилия (несвертываемость крови) да нет _____

переливания крови да нет _____

большие хирургические операции да нет _____

травма головы или шеи да нет _____

лечение нижнечелюстного сустава да нет _____

аллергические реакции на антибиотики, болеутоляющие препараты, местные анестетики и другие лекарства да нет _____

для женщин: вы беременны? да нет _____

добавьте то, что вы считаете важным _____

НАБЛЮДАЛОСЬ ЛИ У ВАС ПРИ ПРЕДЫДУЩЕМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ:

аллергические реакции да нет _____

продолжительное кровотечение да нет _____

НАСКОЛЬКО МНЕ ИЗВЕСТНО, Я ОТВЕТИЛ(А) правильно НА ВСЕ ВОПРОСЫ.

ПАЦИЕНТ:

Ф.И.О. _____ / _____

(подпись)