**АНКЕТА О ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТА ООО «ЗубОк»**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О. пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Тел.моб.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Просим дать полные и правильные ответы на нижеследующие вопросы. Если вопрос непонятен или Вы неуверенны в ответе, обсудите это с врачом. Неполная или неправильная информация может повредить Вашему здоровью или здоровью медперсонала.Правильные ответы обведите, пожалуйста кружком:

|  |  |
| --- | --- |
| Аллергические реакции на пищевые продукты | ДА НЕТ  |
| Аллергические реакции **на лекарственные препараты**  | ДА НЕТ  |
| Нарушение свертываемости крови  | ДА НЕТ  |
| Потери сознания, судороги, **эпилепсия**  | ДА НЕТ  |
| **Сахарный диабет**  | ДА НЕТ  |
| Бронхиальная астма  | ДА НЕТ  |
| Заболевания кожи, **нейродермит…**  | ДА НЕТ  |
| **Заболевание сердца**  | ДА НЕТ  |
| Наличие кардиостимулятора  | ДА НЕТ  |
| **Проводились ли операции, переливание крови**  | ДА НЕТ  |
| **Инфекционные заболевания: (**гепатиты А,В,С ; ВИЧ)  | ДА НЕТ  |
| Туберкулез  | ДА НЕТ  |
| **Онкологические заболевания**  | ДА НЕТ  |
| Проводилась лучевая терапия, химиотерапия  | ДА НЕТ  |
| Появления герпеса («простуды») на губах \_\_\_\_\_\_\_\_раз в год  | ДА НЕТ  |
| **Состоите ли на учете в лечебном учреждении**  | ДА НЕТ  |
| Наличие регулярно принимаемых лекарственных препаратов  | ДА НЕТ |

***Стоматологический анамнез.*** Последнее посещение врача-стоматолога \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Я достоверно ответил (а) на пункты анкеты. Обо всех изменениях в состоянии моего здоровья обязуюсь при первой возможности информировать лечащего врача-стоматолога.«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г. Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО)Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО)**АНКЕТА О ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТА ООО «ЗубОк»**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ф.И.О. пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Тел.моб.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Кем выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Просим дать полные и правильные ответы на нижеследующие вопросы. Если вопрос непонятен или Вы неуверенны в ответе, обсудите это с врачом. Неполная или неправильная информация может повредить Вашему здоровью или здоровью медперсонала.Правильные ответы обведите, пожалуйста кружком:

|  |  |
| --- | --- |
| Аллергические реакции на пищевые продукты | ДА НЕТ  |
| Аллергические реакции **на лекарственные препараты**  | ДА НЕТ  |
| Нарушение свертываемости крови  | ДА НЕТ  |
| Потери сознания, судороги, **эпилепсия**  | ДА НЕТ  |
| **Сахарный диабет**  | ДА НЕТ  |
| Бронхиальная астма  | ДА НЕТ  |
| Заболевания кожи, **нейродермит…**  | ДА НЕТ  |
| **Заболевание сердца**  | ДА НЕТ  |
| Наличие кардиостимулятора  | ДА НЕТ  |
| **Проводились ли операции, переливание крови**  | ДА НЕТ  |
| **Инфекционные заболевания: (**гепатиты А,В,С ; ВИЧ)  | ДА НЕТ  |
| Туберкулез  | ДА НЕТ  |
| **Онкологические заболевания**  | ДА НЕТ  |
| Проводилась лучевая терапия, химиотерапия  | ДА НЕТ  |
| Появления герпеса («простуды») на губах \_\_\_\_\_\_\_\_раз в год  | ДА НЕТ  |
| **Состоите ли на учете в лечебном учреждении**  | ДА НЕТ  |
| Наличие регулярно принимаемых лекарственных препаратов  | ДА НЕТ |

***Стоматологический анамнез.*** Последнее посещение врача-стоматолога \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Я достоверно ответил (а) на пункты анкеты. Обо всех изменениях в сосотоянии моего здоровья обязуюсь при первой возможности информировать лечащего врача-стоматолога.«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_г. Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО)Подпись врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО)  |

 |

  |

 |