**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) | | | |