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.

Неправильная информация может повредить Вашему здоровью!

Отвечая на вопросы анкеты, необходимо обвести нужный вариант ответа «Да» или «Нет» по каждому пункту.

Сообщённые Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

Я, Ф.И.О. сообщаю следующую информацию

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № |  Вопрос |  Ответ  |
| 1. | Болеете ли Вы сахарным диабетом |  Да |  нет |
| 2. | Болели ли Вы гепатитом |  Да | нет |
| 3. | Болели Вы туберкулёзом |  Да | нет |
| 4. | Имеются ли у Вас эпилепсия, другие заболевания центральной и периферической нервной системы |  Да | нет |
| 5. | Был ли у Вас инфаркт миокарда |  Да  | нет |
| 6. | Имеются ли у Вас заболевания сердца |  Да  | нет |
| 7. | Имеется ли у Вас повышенное или пониженное давление |  Да | нет |
| 8. | Был ли у Вас инсульт |  Да | нет |
| 9. | Имеется ли у Вас заболевание печени, почек. |  Да | нет |
| 10. | Имеются ли у Вас заболевания щитовидной, паращитовидной и других желёз. |  Да |  нет |
| 11. | Имеются ли у Вас заболевания лёгких, бронхиальная астма |  Да | нет |
| 12. | Имеются ли у Вас заболевания костной системы, суставов, кожи. |  Да | нет |
| 13. | Имеются ли у Вас венерические заболевания. |  Да | нет |
| 14. | Имеются ли у Вас онкологические заболевания. |  Да | нет |
| 15. | Отмечается ли у Вас потеря веса за последние 6 месяцев |  Да | нет |
| 16. | Имеются ли у Вас заболевания желудочно-кишечного тракта. |  Да | нет |
| 17. | Имеются ли у Вас заболевания ЛОР органов (уха, горла, носа) |  Да | нет |
| 18. | Имеются ли у Вас постоянно увеличенные лимфоузлы |  Да | нет |
| 19. | Имеется ли у Вас заболевание гайморовых пазух | Да | нет |
| 20. | Имеются ли у Вас беспричинные головные боли | Да | нет |
| 21. | Имеются ли у Вас боли, щёлканье в нижнечелюстном суставе | Да | нет |
| 22. | Имеется ли у Вас бруксизм ( скрежетание зубами) | Да | нет |
| 23. | Отмечаете ли Вы кровоточивость дёсен при чистке зубов. | Да | нет |
| 24. | Испытываете ли Вы болезненность в зубочелюстной системе во время еды. | Да | нет |
| 25. | Застревают ли у Вас между зубами частички пищи |  Да | нет |
| 26. | Наблюдается ли у Вас чувствительная реакция со стороны зубов, когда Вы пьёте холодные напитки или едите сладости. | Да | нет |
| 27. | Имеется ли у Вас болезненная припухлость дёсен | Да | нет |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Подпись пациента дата год.