

АНКЕТА ПАЦИЕНТА

О своем состоянии здоровья сообщаю следующее:

Последнее посещение врача стоматолога _____
указать месяц и год

1. Аллергия (лекарственная, пищевая, другие) _____

Симптомы _____

Чем купируется приступ _____

2. Группа крови _____ Резус-фактор _____

Страдаете ли Вы заболеваниями:

- сердца (стенокардия, сердцебиение, отдышка) _____ ДА

НЕТ

- почек _____ ДА

НЕТ

- печени _____ ДА

НЕТ

- желудочно-кишечного тракта _____ ДА

НЕТ

- легких (бронхиальная астма) _____ ДА

НЕТ

4. Страдаете ли Вы:

- повышенным артериальным давлением _____ ДА

НЕТ

- пониженным артериальным давлением _____ ДА

НЕТ

5. Бывают ли у Вас припадки, обморока, головокружение _____ ДА

НЕТ

6. Длительные кровотечения после порезов _____ ДА

НЕТ

7. Диабет _____ ДА

НЕТ

8. Беременность _____ ДА

НЕТ

9. Принимаете лекарства (указать) _____

10. Были ли у Вас травмы головы _____ ДА

НЕТ

11. Перенесенный гепатит А, В, С (нужное подчеркнуть) _____ ДА

НЕТ

12. СПИД, венерические заболевания _____ ДА

НЕТ

13. Периодически возникающие язвы полости рта, герпес _____ ДА

НЕТ

14. Употребляете ли Вы наркотики _____ ДА _____ НЕТ

15. Курите ли Вы _____ ДА _____ НЕТ

Я искренне ответил(а) на все пункты анкеты, хочу дополнительно сообщить о состоянии моего здоровья следующее: _____

Мне известно, что только в случае обязательных профилактических осмотров (1 раз в 6 месяцев) можно рассчитывать на определенный срок результатов лечения протезирования.

Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов до начала прием: стоматолога, должен(на) сообщить врачу об этом.

«__» _____ 20 г. Подпись пациента

АНКЕТА ПАЦИЕНТА

О своем состоянии здоровья сообщаю следующее:

Последнее посещение врача стоматолога _____
указать месяц и год

1. Аллергия (лекарственная, пищевая, другие) _____

Симптомы _____

Чем купируется приступ _____

2. Группа крови _____ Резус-фактор _____

Страдаете ли Вы заболеваниями:

- сердца (стенокардия, сердцебиение, отдышка) _____ ДА

НЕТ

- почек _____ ДА

НЕТ

- печени _____ ДА

НЕТ

- желудочно-кишечного тракта _____ ДА

НЕТ

- легких (бронхиальная астма) _____ ДА

НЕТ

4. Страдаете ли Вы:

- повышенным артериальным давлением _____ ДА

НЕТ

- пониженным артериальным давлением _____ ДА

НЕТ

5. Бывают ли у Вас припадки, обморока, головокружение _____ ДА

НЕТ

- | | |
|--|--------|
| 6. Длительные кровотечения после порезов
НЕТ | ДА |
| 7. Диабет
НЕТ | ДА |
| 8. Беременность
НЕТ | ДА |
| 9. Принимаете лекарства (указать) _____ | |
| 10. Были ли у Вас травмы головы
НЕТ | ДА |
| 11. Перенесенный гепатит А, В, С (нужное подчеркнуть)
НЕТ | ДА |
| 12. СПИД, венерические заболевания
НЕТ | ДА |
| 13. Периодически возникающие язвы полости рта, герпес
НЕТ | ДА |
| 14. Употребляете ли Вы наркотики | ДА НЕТ |
| 15. Курите ли Вы | ДА НЕТ |

Я искренне ответил(а) на все пункты анкеты, хочу дополнительно сообщить о состоянии моего здоровья следующее: _____

Мне известно, что только в случае обязательных профилактических осмотров (1 раз в 6 месяцев) можно рассчитывать на определенный срок результатов лечения протезирования.

Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов до начала прием: стоматолога, должен(на) сообщить врачу об этом.

«__» _____ 20 г. Подпись пациента