

## 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 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