

ООО «СЕМЕЙНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ СЕМЬКИНЫХ»

АНКЕТА О ЗДОРОВЬЕ ПАЦИЕНТА

Конфиденциальность данной информации гарантируем

Ф.И.О. (полностью) _____

Дата рождения (число/месяц/год) _____

Телефон _____

Есть ли у Вас непереносимость (аллергия) к лекарствам?	Да	Нет
Имеются ли у Вас заболевания печени (гепатит А, В, С) ?	Да	Нет
Болеете ли Вы инфекционными заболеваниями? (ВИЧ, туберкулез и другие) ?	Да	Нет
Есть ли у Вас заболевания сердечно-сосудистой системы (инфаркт, инсульт, ИБС, стенокардия, аритмия, порок сердца и другие) ?	Да	Нет
Состоите ли Вы на учёте у врача-онколога?	Да	Нет
Есть ли у Вас заболевания эндокринной системы (диабет, заболевания щитовидной железы и другие) ?	Да	Нет
Бывают ли у Вас обмороки, судороги ?	Да	Нет
Есть ли у Вас бронхиальная астма ?	Да	Нет
Бывают ли у Вас длительные кровотечения ?	Да	Нет
Есть ли у Вас психические, неврологические заболевания ?	Да	Нет
Болели ли Вы гайморитом или другими синуситами ?	Да	Нет
Были ли у Вас травмы челюсти и лица ?	Да	Нет
Есть ли у Вас заболевания глаз, глаукома ?	Да	Нет
Есть ли у Вас бруксизм (ночное скрежетание зубами)	Да	Нет

Имеете ли Вы другие сопутствующие заболевания и перенесенные хирургические вмешательства ?

Перечислите, какие лекарственные препараты Вы принимаете в настоящее время:

Ваше обычное кровяное давление: _____

Для женщин:

Беременны ли Вы ?	Да	Нет
Являетесь ли Вы кормящей матерью?	Да	Нет

Дата « _____ » _____ 20 г.

Подпись пациента _____