**АНКЕТА ПАЦИЕНТА ПЕРЕД СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ МАНИПУЛЯЦИЕЙ
(МЕДИЦИНСКИЙ АНАМНЕЗ)**

Уважаемый пациент!

Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с вопросами к анамнезу и ответьте на них полностью, давая только утвердительные ответы. Данная информация необходима для того, чтобы стоматологическое лечение соответствовало состоянию Вашего здоровья.

Мы гарантируем, что сведения, указанные Вами в анкете, будут использованы только в целях лечения и профилактики и не будут доступны посторонним лицам.

Фамилия Имя Отчество _____

Дата рождения _____

Контактный телефон _____

E-mail _____

Последнее посещение стоматолога проводилось в _____ году

Какую стоматологическую проблему вы хотели бы решить (нужное подчеркнуть):

- а) лечение зубов; б) лечение десен; в) профилактический осмотр / гигиеническая чистка;
г) протезирование; д) удаление зуба / имплантация; е) исправление прикуса; ж) эстетическая реставрация зубов; з) заболевание слизистой оболочки полости рта; и) другое _____

Имеются ли в настоящее время или были ранее заболевания / состояния		
Вопрос (нужное подчеркнуть)	ДА	НЕТ
Проблемы с сердцем или сердечное стентирование (инфаркт миокарда, инсульт, стенокардия, порок сердца, сердечная недостаточность, аритмия и др.)		
Отмечаете ли Вы значительные изменения артериального давления:		
• повышение артериального давления		
• понижение артериального давления		
• каковы цифры обычного для Вас артериального давления _____		
Заболевания органов дыхания (бронхиальная астма, хронический бронхит, туберкулез и др.)		
Заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь желудка / 12-перстной кишки и др.)		
Заболевания печени и желчного пузыря (инфекционный гепатит и др.)		
Заболевания почек		
Заболевания нервной системы (эпилепсия, паралич, судороги и др.)		
Эндокринные заболевания (сахарный диабет, гипотиреоз, тиреотоксикоз и др.)		

Заболевания крови (повышенная / пониженная свертываемость крови и др.)		
Нарушения свертываемости крови:		
• были ли у Вас раньше длительные кровотечения после удаления зуба, хирургических вмешательств, травм?		
• легко ли у Вас образуются кровоподтеки (синяки)?		
• страдаете ли Вы носовыми кровотечениями?		
Заболевания ЛОР органов		
Заболевания кожи		
Заболевания костной системы, суставов		
Ревматизм		
Онкологические заболевания		
ВИЧ / СПИД		
Гепатит		
Вирусные инфекции и герпес		
Венерические заболевания		
Травмы головы и шеи		
Эмоциональные проблемы		
Психиатрическое лечение		
Алкогольная / наркотическая зависимость		
Принимаете препараты, снижающие вес?		
Подвержены ли частым головным болям?		
Вы курите?		
Наблюдается ли у Вас повышенная раздражительность?		
ДЛЯ ЖЕНЩИН – Вы беременны?		
ДЛЯ ЖЕНЩИН – являетесь кормящей матерью?		
Принимаете ли Вы постоянно какие-либо лекарства? Если да, то какие _____		
Аллергические реакции на (нужное подчеркнуть или добавить): местные анестетики; антибиотики; сульфаниламидные препараты; фтормиды; препараты йода; гормональные средства; пищевые продукты; пыльца растений; шерсть животных; металлы; анальгетики (анальгин, аспирин и др.); латекс; тетрациклин; эритромицин; пенициллин другие аллергены _____		
Имеется ли наличие болей и щелканье в нижнечелюстном суставе		
Проявляется ли повышенная чувствительность к внутриротовым раздражителям (рвотный рефлекс)		
Отмечается ли кровоточивость десен при чистке зубов		
Бруксизм (ночное скрежетание зубов)		
Чувствую запах изо рта		

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

Я знаю, что в случае использования лекарственных препаратов накануне стоматологического приема, должен(а) сообщить об этом врачу.

« _____ » _____ 20 _____ г.

Подпись пациента _____