

Анкета о здоровье

Ф.И.О. _____

Последующая информация является крайне важной для обеспечения Вас эффективным стоматологическим лечением в соответствии с Вашим общим состоянием здоровья. Вам необходимо дать полные правильные ответы на все вопросы. Если вопрос непонятен или Вы не уверены в ответе, обсудите этот вопрос с врачом.

Неполная или неправильная информация может повредить Вашему здоровью.

1.	Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением общего врача? Если «Да», то укажите причину
2.	Принимаете ли Вы в настоящее время какие-нибудь лекарства ? Если «Да», то перечислите наименование
3.	Посещаете ли Вы в настоящее время какие-либо процедуры(массаж, ванны, грязи, физиотерапия)? Если «Да», то перечислите
4.	Если Вы лечитесь в настоящее время (лечились ранее) или имеете информацию (подозреваете) о наличии у Вас следующих заболеваний и состояний, дайте краткое описание:
а)	ревматизм, ревматические поражения сердца , шумы (боли) в сердце, пороки сердца
б)	инфаркт миокарда, стенокардия, аритмия, хирургические вмешательства на сердце,
в)	желудочно-кишечные заболевания,
г)	повышенное (пониженное) кровяное давление,
д)	повышенная кровоточивость , анемия. Гемофилия (не свертываемость крови),переливания крови ,
е)	астма, туберкулез, сезонная аллергия , аллергические реакции на антибиотики, болеутоляющие препараты, местные анестетики и другие лекарства,
ж)	доброкачественные, злокачественные опухоли, радиологическое лечение, химиотерапия,
з)	диабет,
и)	гепатит, желтуха, заболевания печени,
к)	заболевания почек и мочевыводящих путей, затрудненное мочеиспускание, диализ,
л)	заболевания щитовидной железы,
м)	паралич , парез, конвульсии, обмороки, потеря сознания,
н)	артрит,
о)	венерические заболевания или СПИД,
п)	травмы головы или шеи, автомобильные аварии, хирургические операции,
р)	лечение нижнечелюстного сустава.
с)	Имеются ли у Вас другие проблемы со здоровьем о которых Вам известно? Если «Да», то какие
т)	Добавьте то , что считаете важным.

Для женщин : Вы беременны, подозреваете беременность или кормите ребенка?

5.	Наблюдалось ли у Вас при предыдущим стоматологическом лечении аллергические реакции, продолжительные кровотечения, какие-либо другие осложнения во время или после стоматологического лечения? Если «Да» , то какие
----	--

Насколько мне известно, на все вопросы я ответил
аккуратно и достоверно.

Я даю разрешение проводить необходимые лечебные мероприятия и использовать любого врача или ассистента, участие которого в моем лечении будет необходимо.

Я разрешаю сообщать информацию , полученную от меня и связанную с моим стоматологическим состоянием третьим лицам, оплачивающим мое лечение, или другому врачу.

Я понимаю, что я ответственен за оплату услуг , оказанных мне в стоматологической клинике ООО « Дента +».

« ____ » _____ 2014г.

Подпись _____ ++