

### АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ПОТРЕБИТЕЛЯ

<b>1. ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</b>		
1.1. Заболевания сердца. Если «ДА», то какие?	ДА	НЕТ
1.2. Имеются ли у Вас сердечные датчики?	ДА	НЕТ
1.3. Обнаруживается ли у Вас повышение артериального давления (гипертония)?	ДА	НЕТ
1.4. Заболевания ЖКТ. Если «ДА», то какие?	ДА	НЕТ
1.5. Заболевания почек, печени. Если «ДА», то какие?	ДА	НЕТ
1.6. Заболевания щитовидной, паращитовидной и других желёз. Если «ДА», то какие?	ДА	НЕТ
1.7. Заболевания крови, нарушения свертываемости крови. Если «ДА», то какие?	ДА	НЕТ
1.8. Заболевания уха, горла, носа. Если «ДА», то какие?	ДА	НЕТ
1.9. Психические заболевания. Если «ДА», то какие?	ДА	НЕТ
1.10. Сахарный диабет.	ДА	НЕТ
1.11. Глаукома (повышенное внутриглазное давление).	ДА	НЕТ
1.12. Гепатит. Если «ДА», то какой?	ДА	НЕТ
1.13. СПИД.	ДА	НЕТ
1.14. Сифилис и другие венерические заболевания. Если «ДА», то какие?	ДА	НЕТ
1.15. Туберкулёз.	ДА	НЕТ
1.16. Бронхиальная астма, астматический бронхит.	ДА	НЕТ
1.17. Опухоли. Если «ДА», то какие?	ДА	НЕТ
1.18. Травмы.	ДА	НЕТ
1.19. Потеря сознания, припадки (эпилепсия).	ДА	НЕТ
1.20. Другие заболевания:	ДА	НЕТ
<b>2. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА МЕДИЦИНСКИЕ ПРЕПАРАТЫ И ДРУГИЕ АЛЛЕРГЕНЫ:</b>	ДА	НЕТ
<b>3. ПОСТОЯННО ИЛИ ПЕРИОДИЧЕСКИ ПРИНИМАЮ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ:</b>	ДА	НЕТ
<b>4. ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, КАСАЮЩАЯСЯ ЛЕЧЕНИЯ</b>		
4.1. Ваша работа (ранее или сейчас) связана с вредными факторами.	ДА	НЕТ
4.2. Наличие болей и щелканья в нижнечелюстном суставе.	ДА	НЕТ
4.3. Кровоточивость дёсен при чистке зубов.	ДА	НЕТ
4.4. Появление герпеса («простуды») на губах с периодичностью ____ в год.	ДА	НЕТ
4.5. Появление трещин губ, заед.	ДА	НЕТ
4.6. Бруксизм (ночное скрежетание зубов).	ДА	НЕТ
4.7. Ненормальное кровотечение при удалении зуба, операции, травме.	ДА	НЕТ
4.8. Периодическое появление язв в полости рта.	ДА	НЕТ
4.9. Головокружения, потеря сознания, одышка при введении анестетиков и др. лекарств.	ДА	НЕТ
4.10. Вредные привычки. Если «ДА», то какие?	ДА	НЕТ
4.11. Кодирование от приема алкогольных напитков, наркотических средств.	ДА	НЕТ
4.12. Беременность (для пациенток).	ДА	НЕТ

Потребитель несет ответственность за достоверность предоставляемой информации!

Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее:

---

---

---

Мне известно, что от состояния моего здоровья зависят результаты лечения и гарантии на оказанные услуги.  
Я знаю, что:

- в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога мне надо сообщить ему об этом;
- в случае изменений в состоянии моего здоровья я должен сообщить стоматологу о необходимости внесения изменений в данную анкету.

Потребитель \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года