

Приложение к договору № _____ от _____ 2023 г. (на основании ст. 20 Федерального закона от 21.11.2011 г., № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Просим Вас уделить время для заполнения данной анкеты. Успешность стоматологического лечения может зависеть от наличия и степени развития общих заболеваний организма. Предоставленная Вами информация о состоянии Вашего здоровья крайне важна для грамотного и безопасного стоматологического лечения с благоприятным прогнозом.

Сообщаемые Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА

ФИО пациента _____
 Пол Мужской/Женский _____
 Число/месяц/год рождения _____
 Профессия _____
 Адрес _____
 Номер телефона домашний _____
 рабочий _____
 Мобильный _____
 Адрес электронной почты _____
 Артериальное давление (рабочее) _____
 (Отвечая на вопросы анкеты, отмечайте, пожалуйста, ДА или НЕТ по каждому пункту).

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Гипертоническая болезнь	ДА	НЕТ
Ишемическая болезнь сердца	ДА	НЕТ
Стенокардия	ДА	НЕТ
Инфаркт миокарда-укажите дату инфаркта миокарда	ДА	НЕТ
Нарушение сердечного ритма и проводимости, наличие кардиостимулятора	ДА	НЕТ
Инфекционные болезни сердца	ДА	НЕТ
Пороки сердца	ДА	НЕТ
Операции на сердце - ИБС, стенты или АКШ в последние 6 мес.	ДА	НЕТ
Принимаете ли Вы антиагреганты, антикоагулянты (аспирин, варфарин, тромбасс и др.)	ДА	НЕТ
Головокружение, потеря сознания, одышка и т.д. при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов	ДА	НЕТ
Бледность/цианоз носогубного треугольника при физической нагрузке	ДА	НЕТ
Спонтанные носовые кровотечения	ДА	НЕТ
Анемия, нарушение свертываемости крови	ДА	НЕТ
Переливания крови. Если да, то когда и по какому поводу	ДА	НЕТ

Заболевания почек	ДА	НЕТ
Заболевания печени	ДА	НЕТ
Заболевания желудочно-кишечного тракта	ДА	НЕТ
Диарея (поносы)	ДА	НЕТ
Сахарный диабет	ДА	НЕТ
Заболевания щитовидной, паращитовидных желез	ДА	НЕТ
Эпилепсия и другие заболевания центральной и периферической нервной системы. Если да, укажите какие _____	ДА	НЕТ

Травмы головы (сотрясение , ушиб головного мозга) и шеи	ДА	НЕТ
Остеопороз/остеопения	ДА	НЕТ
Заболевания глаз	ДА	НЕТ
Глаукома(повышенное внутриглазное давление), контактные линзы	ДА	НЕТ
Заболевания легких, бронхиальная астма, туберкулез	ДА	НЕТ

Заболевания ЛОР-органов, проблемы с дыханием или сном (т.е. насморк, храп, синуситы)	ДА	НЕТ
Длительная боль в горле или затрудненное глотание	ДА	НЕТ
Аутоимунные заболевания (ревматизм, Болезнь Бехтерева, красная волчанка, системная склеродермия)	ДА	НЕТ
Заболевания кожи, нейродермит	ДА	НЕТ
Онкологические заболевания	ДА	НЕТ
Увеличенные лимфатические узлы	ДА	НЕТ
Беспричинная головная боль	ДА	НЕТ
Беспричинная потеря веса за последние 6 месяцев	ДА	НЕТ
Длительная необъяснимая лихорадка	ДА	НЕТ
Проводилась ли лучевая или химиотерапия за последние 10 лет, прием иммуносупрессоров	ДА	НЕТ
Принимаете ли бисфосфонаты - Золендронат, Клодронат	ДА	НЕТ
Грибковые заболевания	ДА	НЕТ
Гепатит А, В, С	ДА	НЕТ
Вирусные инфекции и Герпес	ДА	НЕТ
Венерические заболевания (сифилис, гонорея)	ДА	НЕТ
ВИЧ-инфекция (если проводилось исследование, то какой результат)	ДА	НЕТ
Психиатрическое лечение,	ДА	НЕТ
Состою на учете в лечебном учреждении	ДА	НЕТ
Проводилось ли лечение иных заболеваний за прошедшие дни, недели, месяцы	ДА	НЕТ
Проводились ли Вам инъекции (внутривенные, внутримышечные, подкожные) за последнее время?	ДА	НЕТ
Прием антидепрессантов	ДА	НЕТ
Постоянно или периодически принимаю лекарственные препараты, какие _____	ДА	НЕТ

ДЛЯ ЖЕНЩИН

Принимаете ли вы внутрь контрацептивы или гормональные препараты?	ДА	НЕТ
Менопауза (с какого периода)	ДА	НЕТ
Беременность. Если да, то какой срок	ДА	НЕТ
Грудное вскармливание	ДА	НЕТ
Проводились ли Вам косметологические инъекционные манипуляции в области лица, головы и шеи в последние 3 месяца?	ДА	НЕТ

АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Если есть, то как проявляется реакция – слезотечение, зуд, кашель, чихание, сыпь, потеря сознания, отеки рук, ног, глаз, отек Квинке, анафилактический шок (нужное подчеркнуть)

Чем купируется приступ (название препарата): _____

Дата последней аллергической реакции _____

На местные анестетики (если помните, укажите название препарата)	ДА	НЕТ
На антибиотики (пенициллин, ампициллин, амоксициллин и др.)	ДА	НЕТ
На сульфаниламиды (бисептол, аргедин, фталазол и др.)	ДА	НЕТ
На препараты йода	ДА	НЕТ
На гормональные препараты (дексаметазон)	ДА	НЕТ
На НПВС (ибупрофен, парацетамол)	ДА	НЕТ
На хлор	ДА	НЕТ
На другие лекарственные препараты (какие?)	ДА	НЕТ
На латекс	ДА	НЕТ
На металлы (кобальт-хром, никель-титан, оксид циркония, оксид алюминия, полевошпатная керамика)	ДА	НЕТ
На бытовые чистящие и моющие средства	ДА	НЕТ
На холод	ДА	НЕТ
На шерсть животных	ДА	НЕТ
На укусы насекомых	ДА	НЕТ
Сезонная аллергия	ДА	НЕТ

Пищевая аллергия(яичный белок, белок молока, в том числе казеин, цитрусовые, авокадо и пр).	ДА	НЕТ
---------------------------------------------------------------------------------------------	----	-----

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Наличие хронических интоксикаций (курение, прием алкоголя, наркотических веществ)	ДА	НЕТ
Наличие профессиональных вредностей (радиационное излучение, высокое давление, химическое производство и другое)	ДА	НЕТ
Профессиональный спорт	ДА	НЕТ
Экстремальный спорт	ДА	НЕТ
Находитесь ли Вы в настоящее время на постоянной диете?	ДА	НЕТ
Находитесь ли Вы в настоящее время на спортивной диете?	ДА	НЕТ

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Последний визит к стоматологу(когда)	ДА	НЕТ
Профессиональная гигиена полости рта(когда)	ДА	НЕТ
Рентгенологическое исследование(когда)	ДА	НЕТ
Лечение в седации/наркозе (когда, почему) _____ _____	ДА	НЕТ
Делали ли местную анестезию	ДА	НЕТ
Постоянная сухость в полости рта	ДА	НЕТ
Кровоточивость десен во время еды, чистки щеткой или зубной нитью?	ДА	НЕТ
Язвочки в полости рта	ДА	НЕТ
Чувство жжения в полости рта	ДА	НЕТ
Неприятный привкус во рту или неприятный запах	ДА	НЕТ
Бруксизм (ночное скрежетание зубами)	ДА	НЕТ

Я, _____
(Фамилия, Имя, Отчество (при наличии))

правдиво ответил(а) на пункты анкеты.

Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее: _____

Мне известно, что сведения о состоянии здоровья надо обновлять каждые 6 месяцев.

Мне известно, что результаты лечения (выполнения работ) зависят от состояния моего здоровья.

Мне известно, что в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога мне надо сообщить ему об этом;

Мне известно, что в случае приема алкогольных напитков за 24 часа и в день приема перед посещением стоматолога мне надо сообщить ему об этом

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть)._

(Фамилия, Имя, Отчество(при наличии) гражданина)

(контактный телефон)

Пациент _____
(Фамилия, Имя, Отчество (при наличии))

(подпись)

Врач _____
(Фамилия, Имя, Отчество (при наличии) врача-стоматолога)

(подпись)

Дата _____ 2023Г.