

### Уважаемый пациент!

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

#### ВОПРОСЫ К АНАМНЕЗУ

1) ФИО \_\_\_\_\_

2) Цель Вашего Визита (основная жалоба) \_\_\_\_\_

3) Есть ли у Вас аллергия? (лекарственная ,пищевая ,другая)  нет  да

Симптомы \_\_\_\_\_

Чем купируется приступ \_\_\_\_\_

4) Когда Вам проводилось последнее стоматологическое лечение и что было выполнено?

\_\_\_\_\_

Проводились ли Вам какие-либо общие операции за весь жизненный период?

нет  да

Если да, то какие? \_\_\_\_\_

5) Принимаете ли Вы в данное время медикаменты?  нет  да

(например: болеутоляющие, снотворные, успокоительные, разжижающие кровь, противозачаточные средства, сердечные др.)

Если да, то какие и сколько в день?

6) Проводили ли Вам переливание крови (гемотранфузия)  нет  да

Если да, то когда?

7) Перенесенный гепатит?  нет  да

8) ВИЧ, СПИД?  нет  да

9) Туберкулез?  нет  да

11) Были у Вас какие-нибудь осложнения при проведении стоматологической анестезии?

нет  да

Если да, то какие?

12) Для женщин детородного возраста: Беременны ли Вы?  нет  да

13) Есть у Вас дети на грудном вскармливании?  нет  да

## ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ

14) Курите ли Вы регулярно?  нет  да

15) Употребляете ли Вы регулярно алкоголь?  нет  да

### Отмечались ли у Вас ранее или имеются в настоящее время заболевания или расстройства?

16) Заболевания сердечно-сосудистой системы  нет  да

(Например: нарушение кровообращения, варикозное расширение вен, тромбозы, повышенное или пониженное давление, аритмия, наличие кардиостимулятора)

17) Расстройства дыхательной системы  нет  да

(Например: пневмония, эмфизема лёгких, астма, хронический бронхит.)

18) Патология мочеполовой системы  нет  да

(Например: воспаление почек, гинекологические заболевания, опухоль, мочекаменная болезнь)

19) Патология желудочно-кишечного тракта  нет  да

(Например: панкреатит, камни желчного пузыря, гастрит, язва, спаечная болезнь кишечника, опухоль, панкреатит, камни желчного пузыря, холецистит.)

20) Гормональные расстройства  нет  да

(Например: сахарный диабет, метаболический синдром, гипо- или гипертиреоз)

21) Заболевания глаз  нет  да

(Например: глаукома, близорукость, дальнозоркость, катаракта)

22) Заболевания позвоночника или суставов  нет  да

(Например: остеохондроз)

23) Попадали ли Вы в автокатастрофы?  нет  да

24) Заболевания крови или нарушение свёртывания крови  нет  да

(Например: склонность к гематомам, носовому кровотечению)

25) Заболевания центральной нервной системы  нет  да

(Например: депрессии)

26) Как бы Вы описали свое психологическое состояние в данное время?

довольно грустное  спокойное  возбужденное

самоконтроль  недостаток самоконтроля

### Прочие заболевания:

Носите ли Вы кардиостимулятор?  нет  да

Носите ли Вы контактные линзы?  нет  да

Подтверждаю правильность данной информации \_\_\_\_\_

Подпись

Дата

*Пациент, являясь субъектом персональных данных, своей волей и в своем интересе, в соответствии с Федеральным законом «О ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ» от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ, предоставляет Исполнителю бессрочное право на использование, обработку предоставленной информации.*

\_\_\_\_\_  
(подпись пациента)

*Пожалуйста, сразу же сообщайте нам об изменениях вышеуказанной информации.  
Данная Вами информация остается строго конфиденциальной.*