

**Анкета о состоянии здоровья пациента**

Уважаемый пациент!

Успешность стоматологического лечения может зависеть от наличия и степени развития общих заболеваний организма. Врачу-стоматологу очень важны сведения о состоянии Вашего здоровья. Они помогут правильно составить план лечения, обеспечить безопасность и эффективность проведения лечебных мероприятий, дать обоснованные гарантии на выполненную работу. Неправильная информация может повредить Вашему здоровью!

Отвечая на вопросы анкеты, необходимо поставить знак **V** или обвести нужный вариант ответа «ДА» или «НЕТ» по каждому пункту. Сообщенные Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

Я \_\_\_\_\_ сообщаю следующую информацию:  
 фамилия, имя, отчество

№	Вопрос	Ответ	
		ДА	НЕТ
1.	Болеете ли Вы сахарным диабетом	ДА	НЕТ
2.	Болели ли Вы гепатитом	ДА	НЕТ
3.	Болели ли Вы туберкулезом	ДА	НЕТ
4.	Имеются ли у Вас эпилепсия, другие заболевания центральной и периферической нервной системы	ДА	НЕТ
5.	Был ли у Вас инфаркт миокарда	ДА	НЕТ
6.	Имеются ли у Вас заболевания сердца	ДА	НЕТ
7.	Имеется ли у Вас повышенное или пониженное давление	ДА	НЕТ
8.	Был ли у Вас инсульт	ДА	НЕТ
9.	Имеется ли у Вас заболевание печени, почек	ДА	НЕТ
10.	Имеется ли у Вас заболевания щитовидной, паращитовидной и других желез	ДА	НЕТ
11.	Имеются ли у Вас заболевания легких, бронхиальная астма	ДА	НЕТ
12.	Имеются ли у Вас заболевания костной системы, суставов, кожи	ДА	НЕТ
13.	Имеются ли у Вас венерические заболевания	ДА	НЕТ
14.	Имеются ли у Вас онкологические заболевания	ДА	НЕТ
15.	Отмечается ли у Вас потеря веса за последние 6 месяцев	ДА	НЕТ
16.	Имеются ли у Вас заболевания желудочно-кишечного тракта	ДА	НЕТ
17.	Имеется ли у Вас дисбактериоз кишечника, частые диареи	ДА	НЕТ
18.	Имеются ли у Вас заболевания ЛОР-органов (уха, горла, носа)	ДА	НЕТ
19.	Имеются ли у Вас постоянно увеличенные лимфатические узлы	ДА	НЕТ
20.	Имеются ли у Вас заболевание гайморовых пазух	ДА	НЕТ
21.	Имеются ли у Вас беспричинные головные боли	ДА	НЕТ
22.	Имеется ли у Вас боли, щелканье в нижнечелюстном суставе	ДА	НЕТ
23.	Имеется ли у Вас бруксизм (скрежетание зубами)	ДА	НЕТ
24.	Отмечаете ли Вы кровоточивость десен при чистке зубов	ДА	НЕТ
25.	Испытываете ли Вы болезненность в зубочелюстной системе во время еды	ДА	НЕТ

26.	Застревают ли у Вас между зубами частички пищи	ДА	НЕТ
27.	Наблюдается ли у Вас чувствительная реакция со стороны зубов, когда Вы пьете холодные напитки или едите сладости	ДА	НЕТ
28.	Имеется ли у Вас болезненное опухание десен	ДА	НЕТ
29.	Имеется ли у Вас периодическое появление язвочек в полости рта	ДА	НЕТ
30.	Отмечаете ли Вы периодическую сухость во рту	ДА	НЕТ
31.	Была ли у Вас сломана челюсть	ДА	НЕТ
32.	Пользовались ли Вы ранее зубными протезами	ДА	НЕТ
33.	Имеются ли у Вас аллергические реакции на лекарственные препараты	ДА	НЕТ
34.	Имеются ли у Вас аллергические реакции на продукты питания, шерсть и т. д.	ДА	НЕТ
35.	Имеется ли у Вас нарушение свертываемости крови	ДА	НЕТ
36.	Больны ли Вы СПИДом	ДА	НЕТ
37.	Имелась и/или имеется ли у Вас отдышка, головокружение, потеря сознания и т. д. при введении анестетиков или других лекарственных препаратов	ДА	НЕТ
38.	Проводилось ли Вам переливание крови	ДА	НЕТ
39.	Выполнялись ли Вам уколы (инъекции) за последние 6 месяцев	ДА	НЕТ
40.	Состоите ли Вы на учете в каком-либо лечебном учреждении	ДА	НЕТ
41.	Имеются ли у Вас профессиональные заболевания	ДА	НЕТ
42.	Имелся ли у Вас когда-либо герпес на губах	ДА	НЕТ
43.	Имеются ли у Вас наследственные заболевания	ДА	НЕТ
44.	Дата последнего ФОГ обследования на туберкулез (флюорографии)	_____	НЕТ
		<small>дата</small>	
45.	Принимаете ли Вы постоянно или периодически лекарственные препараты, если ДА то укажите какие и по какому поводу	ДА	НЕТ

Принимаемые в настоящее время лекарственные препараты: \_\_\_\_\_

Дополнительные вопросы для женщин:

46.	Беременны ли Вы	ДА	НЕТ
47.	Являетесь ли Вы кормящей матерью	ДА	НЕТ

Цель обращения к врачу-стоматологу (что на данный момент Вас беспокоит):

Зубная боль да / нет

Отсутствие одного или нескольких зубов да / нет

Цвет или форма зубов да / нет

Неправильное положение зубов в зубном ряду да / нет

Неприятный запах изо рта да / нет

Кровоточивость десен (постоянная или периодическая) да / нет

Боль или неприятные ощущения в десне да / нет

Подвижность одного или нескольких зубов да / нет

Сухость в полости рта да / нет

Появление трещин или язв в полости рта да / нет

Скрежетание зубами (бруксизм) да / нет

Боль или щелканье в нижнечелюстном суставе да / нет

Другие жалобы:

Я понимаю, что сведения о состоянии здоровья в моей медицинской карте необходимо периодически обновлять

Подпись Пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) ФИО

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.