****

К договору на оказание платных медицинских услуг

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

**АНКЕТА ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА**

**Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_г.**

**Тел. (моб.):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Последнее посещение врача-стоматолога (месяц, год)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Последующая информация является крайне важной для обеспечения Вас эффективным стоматологическим лечением.

Вам необходимо дать полные и правильные ответы на все вопросы. Если вопрос не понятен или вы не уверены в ответе, обсудите это с врачом.

**Неполная или неверная информация в ответах может препятствовать эффективному лечению.**

|  |
| --- |
| 1. **Наблюдались ли у Вас ранее при стоматологическом лечении:**
 |
| 1.1 | Лекарственная непереносимость, аллергические реакции Если «да», укажите препарат и проявление\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 1.2 | Продолжительные кровотечения  | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 1.3 | Какие-либо осложнения во время или после стоматологического леченияЕсли «да», укажите какие именно\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 1. **Перенесенные и сопутствующие заболевания:**
 |
| 2.1 | Врожденные пороки сердца, ревматические поражения, шумы в сердце | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 2.2 | Инфаркт миокарда (укажите год \_\_\_\_), стенокардия, нерегулярный ритм | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 2.3 | Наличие кардиостимулятора  | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 2.4 | Заболевания крови (анемия, лейкоз, тромбоцитопения, гемофилия) | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 2.5 | Повышение или понижение артериального давления | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 2.6 | Проблемы с дыханием, бронхиальной астмы | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 2.7 | Туберкулез  | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 2.8 | Дата проведения последней ФЛГ (флюорографии), укажите год \_\_\_\_\_\_\_ | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 2.9 | Гепатит (желтуха), заболевания печени | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 2.10 | Заболевания желудочно-кишечного тракта | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 2.11 | Эндокринные заболевания: сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, других желез (уточните)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 2.12 | Наличие болей и щёлканье в височно-нижнечелюстном суставе, вывих сустава при широком открытии рта  | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 2.13 | Травмы головы, шеи. Если «да», укажите год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 2.14 | Эпилепсия, судороги | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 2.15 | Головокружения, потеря сознания, обмороки | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 2.16 | Наблюдаетесь ли Вы у онколога. Если «да», укажите заболевания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 2.17 | Лучевая терапия, химиотерапия. Если «да», укажите год\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 2.18 | Проводилось исследование на ВИЧ-инфекцию | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 1. **Дополнительные сведения:**
 |
| 3.1 | В настоящее время нахожусь под наблюдением врача. Если «да», уточните\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 3.2 | Принимаю антикоагулянты | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 3.3 | Диагностирован остеопороз, принимаю бисфосфонаты (Алендронат, Ризендронат, Ибандронат, Золедронат, Этидронат, Клодронат, Памидронат и др.) | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 3.4 | Ваша работа связана (ранее или в настоящее время) с вредными факторами.Если «да», укажите какие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 3.5 | Бруксизм (скрежетание зубами) | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 3.6 | Проявление герпеса («простуды») на губах | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 3.7 | Периодическое появление язв в полости рта, трещин губ | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 3.8 | Сухость во рту. Если «да», то подчеркните периодическая или постоянная | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 3.9 | Кровоточивость десен при чистке зубов. Если «да», то подчеркните периодическая или постоянная | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 3.10 | Вредные привычки. Если «да», укажите \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 3.11 | Бывает ли аллергия на:-лекарственные препараты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-пищевые продукты, шерсть животных, пыльцу растений\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-прочее \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 1. **Для женщин:**
 |
| 4.1 | Вы беременны. Если «да», какой срок\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 4.2 | Являетесь кормящей матерью | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |
| 4.3 | Если планируете беременность, укажите ожидаемый период зачатия.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Да\_\_\_\_ Нет\_\_\_\_ |

*На все вопросы я ответил(а) самостоятельно, честно и достоверно.*

*Я знаю, что в случае приёма лекарственных препаратов до начала приёма стоматолога, должен(-на) сообщить об этом врачу.*

*Анкета о здоровье заполняется по мере необходимости для внесения изменений и каждый год.*

Откуда Вы получили информацию о клинике «Dental Medica» : Google, Яндекс, Дубль Гис, Instagram, Живу/работаю рядом, Наружная реклама, По рекомендации, иное (нужное подчеркнуть.)

 «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_