

ОБЩАЯ АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

Дата заполнения

Д	Д	.	М	М	.	Г	Г	Г	Г
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Обратите внимание: Информация, которую Вы предоставляете, необходима для правильного составления плана лечения. Данная информация конфиденциальна, является частью Вашей медицинской карты и не будет доступна посторонним лицам.

1 ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА

Фамилия Имя Отчество													
Пол	<input type="checkbox"/> Мужской	<input type="checkbox"/> Женский	Дата рождения										
			<table border="1"><tr><td>Д</td><td>Д</td><td>.</td><td>М</td><td>М</td><td>.</td><td>Г</td><td>Г</td><td>Г</td><td>Г</td></tr></table>	Д	Д	.	М	М	.	Г	Г	Г	Г
Д	Д	.	М	М	.	Г	Г	Г	Г				

2 ФАКТЫ О ЗДОРОВЬЕ

Группа крови	<input type="checkbox"/> Не знаю	<input type="checkbox"/> O(I)	<input type="checkbox"/> A(II)	<input type="checkbox"/> B(III)	<input type="checkbox"/> AB(IV)	Резус-фактор	<input type="checkbox"/> Rh+	<input type="checkbox"/> Rh-
Артериальное давление	<input type="checkbox"/> Нормальное	<input type="checkbox"/> Повышенное	<input type="checkbox"/> Пониженное	мм рт. ст.		/		
Аллергия	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Лекарственная	<input type="checkbox"/> Пищевая	<input type="checkbox"/> На металлы	<input type="checkbox"/> Другое: _____			
Симптомы:								
Приступ купируется (чем и как?):								
Заболевания сердца и ЦНС							<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
<input type="checkbox"/> Стенокардия <input type="checkbox"/> Сердцебиение <input type="checkbox"/> Одышка <input type="checkbox"/> Инфаркт <input type="checkbox"/> Эпилепсия <input type="checkbox"/> Другое: _____								
Заболевания внутренних органов							<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
<input type="checkbox"/> Почек <input type="checkbox"/> Печени <input type="checkbox"/> Желудочно-кишечного тракта <input type="checkbox"/> Лёгких (астма) <input type="checkbox"/> Другое: _____								
Эндокринные заболевания							<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
<input type="checkbox"/> Сахарный диабет <input type="checkbox"/> Тиреотоксикоз <input type="checkbox"/> Гипотиреоз <input type="checkbox"/> Гипертиреоз <input type="checkbox"/> Другое: _____								
Инфекционные и вирусные заболевания							<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
<input type="checkbox"/> СПИД <input type="checkbox"/> ВИЧ <input type="checkbox"/> Кожно-венерологические заболевания <input type="checkbox"/> Туберкулёз <input type="checkbox"/> Вирусный гепатит _____								
<input type="checkbox"/> Герпес <input type="checkbox"/> Гайморит и заболевания пазух <input type="checkbox"/> Другое: _____								
Хронические заболевания							<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да:
Дополнительные сведения		<input type="checkbox"/> Курю			<input type="checkbox"/> Употребляю наркотические вещества			
		<input type="checkbox"/> Припадки, обмороки, головокружения			<input type="checkbox"/> Длительные кровотечения после травм			
		<input type="checkbox"/> Глаукома (повышенное глазное давление)			<input type="checkbox"/> Травмы головы в прошлом			
		<input type="checkbox"/> Были хирургические операции (все типы операций, в том числе лазерные и неинвазивные)						
		<input type="checkbox"/> Постоянно принимаю лекарства: _____						
Сведения о беременности		<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да:	Срок беременности _____ нед.			<input type="checkbox"/> Кормлю грудью	

3 СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Когда было последнее посещение стоматолога/гигиениста?

мес / год

Больше года назад

Никогда

Когда было последнее рентгенологическое исследование?

мес / год

Больше года назад

Никогда

Оцените свой страх перед стоматологическим лечением

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Были ли у Вас осложнения после стоматологических вмешательств?

Нет

Да

Проводилось ли когда-нибудь ортодонтическое лечение?

Нет

Да

Когда:

(можно приблизительно)

На какой аппаратуре:

Удалялись ли Вам когда-нибудь зубы?

Нет

Да

Как Вы считаете, какие услуги Вам необходимы? *(можно выбрать несколько вариантов)*

Отбеливание

Установка виниров/коронки

Лечение кариеса

Удаление зубов мудрости

Гигиена

Установка имплантов

Лечение каналов

4 СОСТОЯНИЕ ДЁСЕН

Вы сталкивались ранее или сталкиваетесь сейчас с перечисленными проблемами здоровья дёсен?

(можно выбрать несколько вариантов)

Не испытываю никаких проблем

Кровоточивость во время еды или чистки зубов

Неприятный привкус во рту или запах изо рта

Рецессия дёсен (обнажение корней зубов/опущение дёсен)

5 ПОЧЕМУ ВЫ ОБРАТИЛИСЬ К НАМ? *(можно выбрать несколько вариантов)*

У меня комплексы из-за некрасивой улыбки

Боль в области височно-нижнечелюстного сустава

Центры верхней челюсти и нижней челюсти не совпадают

Я боюсь потерять зубы

Щелчки в области височно-нижнечелюстного сустава

У меня не прорезался зуб (например клык)

Я хочу голливудскую улыбку и мне нужен правильный прикус

Плохой или беспокойный сон

Хочу удалить зубы мудрости

Мне нужны импланты (для этого необходим правильный прикус)

Храп мешает моей нормальной личной жизни

Хочу идеальную улыбку, чтобы быть счастливым и успешным

Сколы зубной эмали у десны, чувствительность в этой области

Слишком много десны в улыбке, это не красиво

Я знаю, что в случае приёма лекарственных препаратов до посещения стоматолога ДОЛЖЕН(НА) СООБЩИТЬ об этом врачу.

Я искренне ответил(а) на все пункты анкеты.

Подпись

ФИО полностью