

Анкета о здоровье

Уважаемый пациент, предлагаемая Вам анкета является важной частью информации, которой обязан располагать Ваш лечащий доктор, для действительно эффективного лечения и сохранения Вашего здоровья. На основании Ваших ответов, доктор сможет расспросить Вас более подробно и учесть в процессе лечения все индивидуальные особенности Вашего организма.

Анкета составлена таким образом, чтобы Вы могли отвечать на вопросы «Да» или «Нет». В некоторых случаях при ответе «Да», Вас попросят ответить более подробно. И это тоже делается ради сохранения Вашего здоровья и индивидуального выбора лечения для Вас.

В случае, если Вам не совсем понятно, как ответить на вопрос, тогда пропустите его, и Ваш доктор поможет Вам. Анкета заполняется пациентом лично или его законным представителем.

1. Фамилия Имя Отчество $\{\text{cbase:display_name}\}$

2. Дата рождения: $\{\text{cbase:birthdate}\}$ Пол: $\{\text{cbase:sex}\}$

3. Когда последний раз Вы обращались к стоматологу? _____

4. Откуда Вы узнали о нашей клинике? _____

5. Адрес электронной почты $\{\text{cbase:email}\}$

Вопросы:		ДА	НЕТ
1.	Бывают ли у Вас такие проявления аллергии как:		
	– кашель		
	– выделения из носа		
	– кожный зуд		
	– покраснения глаз, слезотечение, зуд в области глаз		
Если «Да», то с чем, по Вашему мнению, это связано: _____			
2.	Были ли у Вас аллергические реакции на:		
	– местные анестетики (новокаин, лидокаин и др.) Если «Да», то на какие именно: _____		
	– антибиотики (пенициллины, цефалоспорины и др.) Если «Да», то на какие именно: _____		
	– препараты йода		
	– другие лекарственные препараты Если «Да», то на какие именно: _____		
	– пищевые продукты Если «Да», то на какие именно: _____		
	– резиновые изделия (латекс, перчатки, медицинские изделия)		
3.	Были ли у Вас следующие реакции при введении местных анестетиков и других лекарственных препаратов:	ДА	НЕТ
	- головокружение		
	- потеря сознания, шок		
	- одышка		
	- крапивница, отек Квинке Если «Да», то на что именно: _____		
4.	Я перенес(ла), страдаю следующими заболеваниями:		
	- Заболевания сердца, сосудов		
	- Заболевания крови; нарушение свертываемости крови		
	- Заболевания печени и желчевыводящих путей		
	- Вирусный гепатит Если «Да», то какой тип: _____		
	- Заболевания почек		
	- Сахарный диабет		
	- Эпилепсия		
		ДА	НЕТ
	- Заболевания онкологические		
- Туберкулез			
5.	Для женщин:		
	- Вы в данный момент беременны? Если да, какой срок? _____		
	- Вскармливание		
6.	Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением врача Если да, то по какому поводу _____ Какие лекарственные препараты принимаете в данный момент _____		
7.	Не находитесь ли вы в состоянии:		
	- алкогольного опьянения		
	- под воздействием наркотиков, сильнодействующих препаратов		
8.	Как Вы переносите стоматологические вмешательства:		
	- Очень хорошо		

	- Хорошо		
	- Удовлетворительно		
	- Не хорошо		

Своей подписью я подтверждаю точность и достоверность сведений, предоставленных мною лечащему врачу до начала лечения.

Фамилия И.О. \${cbase:display_name}

Дата \${doc:date} Подпись _____

Мы благодарим Вас за достоверную информацию! Заполнив анкету, Вы и заботитесь о своем здоровье, и помогаете нам выбрать для Вас максимально безопасный индивидуальный, т.е. наиболее подходящий именно Вам план лечения.

Своей подписью я подтверждаю точность и достоверность сведений, предоставленных мною лечащему врачу, и подтверждаю, что с момента первичного заполнения мной данной анкеты никаких изменений с моим здоровьем и самочувствием не произошло. Никаких новых заболеваний, приема лекарств, перенесения острых стрессов.

Дата _____ г. Подпись _____

Своей подписью я подтверждаю точность и достоверность сведений, предоставленных мною лечащему врачу, и подтверждаю, что с момента первичного заполнения мной данной анкеты никаких изменений с моим здоровьем и самочувствием не произошло. Никаких новых заболеваний, приема лекарств, перенесения острых стрессов.

Дата _____ г. Подпись _____

