На процесс лечения у стоматолога могут оказать влияние общие заболевания, поэтому просим Вас внимательно заполнить эту анкету. Мы гарантируем, что сведения, указанные Вами в анкете, будут использованы только для подбора лечения общего состояния Вашего здоровья, и не будут доступны посторонним лицам.

Анкета

(заполняется пациентом)

**о состоянии здоровья сообщаю следующее:**

|  |  |
| --- | --- |
| Последнее посещение врача-стоматолога | 12.08.18 |
| Заболевание сердца | Да |
| Давление повышается? | Да |
| Давление понижается? | Нет |
| Бывает ли головокружение, потери сознания, одышка и т.д., при введении анестетиков или др. лекарственных  препаратов? | Нет |
| Эпилепсия, другие заболевания центральной и периферической нервной системы? | Нет |
| Бронхиальная астма | Нет |
| Болели ли Вы гепатитом (желтухой)? | Нет |
| Болели ли Вы ВИЧ? | Нет |
| Болели ли Вы туберкулезом? | Нет |
| Нарушения свертываемости крови | Нет |
| Ф.И.О. К кому обращаться в случае необходимости | Фиохина Евгения геннадьевна |
| Укажите Сотовый номер этого человека: | 89258731473 |
| Принимаете ли какие-либо лекарственные препараты? | Нет |
| Курите ли вы? | Нет |
| Аллергические реакции: | Нет |
| на местные анестетики | Нет |
| на антибиотики | Нет |
| на сульфанилимиды | Нет |
| на препараты йода | Нет |
| на гормональные препараты | Нет |
| на другие лекарственные препараты | Нет |
| Лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет | Нет |
| Принимаете ли Вы седативные препараты | Нет |
| Беременны ли Вы? | Да |
| Являетесь ли кормящей матерью? | Да |
| Я искренне ответил(а) на все пункты анкеты | да |

Мне известно, что только в случаях обязательных профилактических осмотров 1 раз в 6 месяцев действует гарантия на терапевтическую часть лечения.

На ортопедическую часть лечения гарантийный срок распространяется при условии посещения 1 раз в 6 месяцев врача парадонтолога.

Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов до начала приема стоматолога, должен(должна) сообщить врачу об этом.

(дата)

(ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Внизу подпись законного представителя пациента (заполняется для недееспособных граждан)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись, расшифровка подписи, кем приходится