

## Анкета пациента

Уважаемый пациент, врачу необходима информация о состоянии Вашего здоровья в целях обеспечения успешного и безопасного оказания стоматологических услуг, поэтому просим внимательно заполнить предлагаемую анкету.

**ФИО** \_\_\_\_\_

**Дата рождения** \_\_\_\_\_

**Адрес регистрации:** \_\_\_\_\_

**Телефоны:** домашний \_\_\_\_\_ рабочий \_\_\_\_\_ мобильный \_\_\_\_\_

**Сведения о представителе Пациента** (если пациенту не исполнилось 18 лет) \_\_\_\_\_

(ФИО законного представителя пациента)

Какую стоматологическую проблему вы хотели бы решить: а) лечение зубов, б) лечение десен, в) осмотр/ гигиеническая чистка, г) протезирование, д) имплантация, е) ортодонтическое лечение, ж) реставрация зубов (*нужное подчеркнуть*).

Из каких источников Вы узнали о стоматологической клинике «АУРИКА»: а) родственники/друзья/коллеги; б) телевидение; в) радио; г) 2 GIS; д) сайт; е) инстаграм, телеграмм, ВК; ж) другой источник \_\_\_\_\_

Отвечая на вопросы анкеты необходимо поставить ответ «Да» или «Нет» по каждому пункту. При наличии заболеваний отметить приведенные в анкете сведения либо дополнительно указать наименования заболеваний. Мы гарантируем, что сведения, указанные Вами в анкете, будут использованы только в целях лечения и профилактики и не будут доступны посторонним лицам.

№	вопрос	Да	Нет
1.	Принимаете ли в настоящий момент какие-либо лекарственные средства ( <i>если Да, то перечислить наименования</i> )		
2.	Заболевания сердца: порок сердца, инфаркт миокарда; инсульт, стенокардия, аритмия, хирургические вмешательства на сердце; наличие кардиостимулятора		
3.	Заболевание сосудов, костной системы, суставов		
4.	Желудочно-кишечные заболевания /щитовидной железы		
5.	Повышение или понижение артериального давления		
6.	Заболевание легких: бронхиальная астма; туберкулез		
7.	Заболевания печени: гепатит ( <i>если да, указать в каком году</i> )		
8.	Заболевание крови: анемия; нарушение свертываемости крови ( <i>повышенная кровоточивость, гемофилия</i> )		
9.	Аутоиммунные заболевания		
10.	Сахарный диабет		
11.	Заболевания ЛОР органов (уха, горла, носа)		
12.	Доброкачественные, злокачественные опухоли, радиологическое лечение, химиотерапия		
13.	Паралич, парез, конвульсии, обмороки, потеря сознания		
14.	Травмы головы/шеи ( <i>если да, то в каком году</i> )		
15.	Венерические заболевания, ВИЧ, СПИД		
16.	Проводились ли Вам переливания крови ( <i>если да, то указать когда по какому поводу</i> )		
17.	Проводилось ли лечение нижнечелюстного сустава		
18.	Болели ли Вы COVID 19? ( <i>если да, то указать когда</i> )		
19.	Беременны или подозреваете беременность ( <i>для женщин</i> )		
20.	<b>Аллергические заболевания, реакции и их проявления:</b>		
20.1	Бывает ли головокружение, потеря сознания, одышка, удушье, покраснения кожи, отек, зуд при введении анестетиков или других лекарственных средств ( <i>нужное подчеркнуть</i> )		
20.2	Аллергические реакции на: местные анестетики; антибиотики; препараты йода; гормональные препараты; другие лекарственные средства; пыльцу и растения; пищевые продукты; животных; другие вещества.		
20.3	Принимаете ли антигистаминные препараты ( <i>если да, то указать какие</i> )		
21.	<b>Стоматологический анамнез:</b>		
21.1	При прохождении стоматологического лечения прошлым были ли у Вас: аллергические реакции, продолжительное кровотечение; потеря сознания; другие осложнения во время и после лечения		
21.2	Наличие болей и щелканье в нижнечелюстном суставе		
21.3	Кровоточивость десен при чистке зубов ( <i>постоянная, периодическая</i> )		
21.4	Проявление герпеса (простуды) на губах ( <i>если да, то указать с какой периодичностью</i> )		
21.5	Появление трещин губ, заед, язв в полости рта		
21.6	Бруксизм ( <i>ночное скрежетание во рту</i> )		
21.7	Вредные привычки: курение, алкоголь, наркотические средства		

Я искренне ответил (а) на все пункты анкеты, хочу дополнительно сообщить о состоянии здоровья следующее: \_\_\_\_\_

Мне известно, что от состояния моего здоровья зависят результаты лечения и гарантии на работу выполненную врачами стоматологической клиники ООО «АУРИКА». Я знаю, что при использовании лекарственных препаратов накануне стоматологического приема нужно сообщить об этом врачу.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Подпись законного представителя пациента \_\_\_\_\_

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