

АНКЕТА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА

ООО « СЕМЕЙНЫЙ СТОМАТОЛОГ »

Уважаемый пациент! Сообщаем Вам, что данная информация является крайне важной для обеспечения эффективного стоматологического лечения в соответствии с состоянием Вашего здоровья. Она позволяет врачу подобрать методы лечения, правильно составить план лечения, выбрать эффективную анестезию, лекарства.

_____ (Фамилия, имя, отчество пациента)

Дата рождения пациента « ____ » _____ г.

Последнее посещение врача стоматолога (год).....

1. Перенесенные и сопутствующие заболевания:

	Результат исследования	ВИЧ?
Заболевания сердца	Положительный	Отрицательный
Повышенное и пониженное Артериальное Давление.....	Инфекционные заболевания (Гепатит)	Да Нет
Заболевания легких.....	Потеря сознания, головокружение при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов.....	Да Нет
Бронхиальная астма.....	2. Аллергические реакции (если имеются, то как проявляются)	
Заболевания желудочно-кишечного тракта.....	-на местные анестетики.....	Да Нет
Заболевания щитовидной железы....	-на антибиотики.....	Да Нет
Сахарный диабет.....	-на сульфаниламиды.....	Да Нет
Травмы.....	-на препараты йода.....	Да Нет
Сотрясение головного мозга.....		
Эпилепсия и др заболевания Центральной Нервной Системы.....		
Нарушение свертываемости крови...Да Нет		
Исследование на ВИЧ проводилось?		

Я ответил (а) на все пункты анкеты, хочу дополнительно сообщить о состоянии своего здоровья следующее _____.

Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов, должен (а) проинформировать об этом врача до начала консультации. Обязуюсь поставить в известность своего врача-стоматолога, о любых возможных изменениях состояния моего здоровья после заполнения данной анкеты.

Подтверждаю правильность данной информации _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

(Подпись Законного Представителя)

(Дата заполнения)

Данная Вами информация остается строго конфиденциальной.