



Анкета о здоровье пациента

Ф.И.О. _____

	Да	Нет
Стоматологический анамнез:		
Когда последний раз были у стоматолога (месяц, год)		
Хотелось бы поменять форму зубов, цвет		
Хотелось бы изменить прикус		
Бруксизм (ночное скрежетание зубов)		
Периодическое появление язв в полости рта		
Периодическая или постоянная сухость во рту		
Появление герпеса (простуды) на губах (если «да», то укажите: с периодичностью _____ раз в год		
Запах изо рта		
Наличие болей и щелканье в височно-нижнечелюстном суставе		
Общий анамнез:		
Заболевания сердца		
Инфаркт		
Аритмия		
Повышенное давление		
Эпилепсия		
Заболевания крови		
Плохая свёртываемость крови		
Сахарный диабет		
Бронхиальная астма		
Аллергические реакции		
Аллергические реакции на стоматологическом приёме		
ВИЧ-инфекция		
Венерические заболевания		
Гепатит		
Туберкулёз		
Находились ли вы на стационарном лечении в последние 2 года		
Принимаете какие-либо препараты постоянно		
Были ли у Вас переливания крови		
Курите ли Вы		
Травмы, операции		
Для Женщин:		
Есть ли беременность		
Состоите на учёте у гинеколога		
Имеется ли остеопороз		

Добавьте то, что Вы считаете важным _____

Я искренне ответил(а) на пункты анкеты и заполненные мной данные о состоянии моего здоровья достоверные и полные.

Мне известно, что сведения о состоянии здоровья необходимо периодически обновлять.

Подпись пациента, его родителей или
официального представителя

Подпись врача(ФИО)

Дата « ____ » _____ 20 ____ г. _____