

Анкета

Дата заполнения _____

ФИО пациента: _____

Дата рождения: _____

Адрес места прописки (населенный пункт, улица, номер дома, кв.):

Телефон: _____ Дополнительный телефон _____

ФИО и номер телефона (кому доверяете сведения о состоянии своего здоровья)

Место работы _____

Адрес электронной почты (E-mail) _____

Укажите пожалуйста откуда вы узнали о нашей клинике:

- | | | |
|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Вывеска | <input type="checkbox"/> 2ГИС (навигатор) | <input type="checkbox"/> Другое |
| <input type="checkbox"/> Рекомендация к врачу | <input type="checkbox"/> Инстаграм | |
| <input type="checkbox"/> Рекомендация в клинику | <input type="checkbox"/> Интернет | |

Отвечая на вопросы анкеты, надо давать ответ **ДА** или **НЕТ** по каждому пункту. Сообщаемые Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

1. Знаете ли вы Ваше артериальное давление? (если «Да», укажите какое)		ДА	НЕТ
2. Испытываете ли вы страх перед стоматологическим вмешательством?		ДА	НЕТ
3. Был ли у Вас неблагоприятный опыт предыдущего лечения?		ДА	НЕТ
4. Есть ли у Вас сопутствующие заболевания? Заболевания сердечно-сосудистой системы (Инфаркт, стенокардия, инсульт и др.)		ДА	НЕТ
Заболевания органов дыхания (астма, туберкулез и др.)		ДА	НЕТ
Заболевания желудочно-кишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь желудка/12 пер. кишki и др.)		ДА	НЕТ
Заболевания печени и желчного пузыря (гепатиты и др.)		ДА	НЕТ
Заболевания почек		ДА	НЕТ
Заболевания щитовидной, парашитовидной железы, др. желез (Сахарный диабет, гипертиреоз, тиреотоксикоз и др.)		ДА	НЕТ
Заболевание крови		ДА	НЕТ
Заболевания нервной системы (эпилепсия, судороги, потеря сознания и др.)		ДА	НЕТ
Заболевания ЛОР органов (уха, горла, носа)		ДА	НЕТ
Заболевание костной системы, суставов (остеопороз, артриты и др.)		ДА	НЕТ
Онкологические заболевания		ДА	НЕТ
ВИЧ, СПИД		ДА	НЕТ
5. Есть ли у Вас аллергия? (если «ДА», то на что?)			
6. Другие заболевания (указать)		ДА	НЕТ
7. Проводились ли какие-либо хирургические операции ?		ДА	НЕТ
8. Есть ли у Вас нарушения дикции?		ДА	НЕТ
9. Принимаете ли Вы какие-либо лекарственные препараты в настоящее время?		ДА	НЕТ
10. Наличие хронических интоксикаций (курение, алкоголь, наркотические вещества)		ДА	НЕТ
11. Отмечали ли Вы или Ваши близкие скрежетания зубами ночью?		ДА	НЕТ

ДЛЯ ЖЕНЩИН			
Беременны ли вы?		да	нет
Являетесь ли Вы кормящей матерью?		да	нет

Я искренне ответил(а) на пункты анкеты.

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

Мне известно, что результаты лечения (выполнения работ) зависят от состояния моего здоровья.

Мне известно, что гарантии на каждую выполненную Исполнителем работу будут определяться с учетом моего здоровья.

Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога, мне надо сообщать об этом врачу.

Я информирован(а) о выполнении клкт-снимка перед стоматологическим лечением и готов(а) при необходимости дополнительно сделать прицельные рентгеновские снимки зубов.

Подпись пациента _____.