

ОБРАЗЕЦ



Декларация состояния здоровья

Ф.И.О. _____

Последующая информация является крайне важной для обеспечения Вас эффективным лечением в соответствии с Вашим общим состоянием здоровья. Вам необходимо дать полные и правильные ответы на все вопросы. Если вопрос непонятен или Вы не уверены в ответе, обсудите этот вопрос с врачом. Неполная или неправильная информация может повредить Вашему здоровью.

1.	Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением общего врача? Если «Да», то укажите причину	Да Нет
2.	Принимаете ли Вы в настоящее время какие-нибудь лекарства? Если «Да», то перечислите наименования	Да Нет
3.	Посещаете ли Вы в настоящее время какие-либо процедуры(массаж, ванны, грязи, физиотерапия)?Если «Да», то перечислите	Да Нет
4.	Аллергические или другие реакции на антибиотики, болеутоляющие препараты, местные анестетики, другие лекарства	Да Нет
5.	Если Вы лечитесь в настоящее время (лечились ранее) или имеете информацию (подозреваете) о наличии у Вас следующих заболеваний, дайте краткое описание:	Да Нет
6.	Ревматизм, ревматическое поражение сердца, шумы(боли) в сердце, пороки сердца	Да Нет
7.	Инфаркт миокарда, стенокардия, аритмия, хирургические вмешательства на сердце	Да Нет
8.	Желудочно-кишечные заболевания	Да Нет
9.	Повышенное (пониженное) кровяное давление	Да Нет
10.	Повыш. кровоточивость, анемия, гемофилия (не свертываемость крови), переливание крови	Да Нет
11.	Астма, сезонная аллергия, полиноз, пищевая аллергия.	Да Нет
12.	Доброкачественные, злокачественные опухоли, радиологическое лечение, химиотерапия	Да Нет
13.	Диабет	Да Нет
14.	Гепатит, желтуха, заболевания печени	Да Нет
15.	Заболевания почек и мочевыводящих путей, затруднённое мочеиспускание, диализ	Да Нет
16.	Заболевание щитовидной железы	Да Нет
17.	Паралич, парез, конвульсии, обмороки, потеря сознания	Да Нет
18.	Артрит	Да

		Нет
19.	Когда проводилось последние исследования на СПИД, гепатит «В» и «С», сифилис	
20.	Травмы головы или шеи, автомобильные аварии, хирургические операции	Да Нет
21.	Лечение нижнечелюстного сустава	Да Нет
22.	Имеются ли у Вас другие проблемы со здоровьем, о которых Вам известно? Если да, то какие? _____	Да Нет
23.	Добавьте то, что считаете важным рассказать о здоровье? _____	Да Нет
24.	Наблюдались ли у Вас при предыдущем стоматологическом лечении аллергические реакции, продолжительное кровотечение, какие-либо другие осложнения во время или после стоматологического лечения? Если «Да», то какие _____	Да Нет
25.	Как Вы узнали о нашей клинике? -Рекомендация клиники врача -Реклама ✓ на TV, радио ✓ наружная ✓ журналы, газеты ✓ Интернет - сайт - реклама в интернете - желтый указатель - флаеры, буклеты -Вывеска	

Для женщин: Вы беременны, подозреваете беременность или кормите ребенка? Собираетесь забеременеть в ближайшее время, принимаете контрацептивы? (ПОДЧЕРКНУТЬ)

Насколько мне известно, на все вопросы я ответил(а) аккуратно и достоверно. Я даю разрешение делать рентгеновские снимки, диагностические модели, фотографии и проводить любые другие диагностические мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза. Я даю разрешение проводить необходимые лечебные мероприятия и использовать любого врача или ассистента, участие которого в моем лечении будет необходимо. Я разрешаю сообщить информацию, полученную от меня и связанную с моим стоматологическим состоянием третьим лицам, оплачивающим мое лечение, или другому врачу. Я понимаю, что я ответственен за оплату услуг, оказанных мне в клинике эстетической медицины «Ника Спринг».

“ _____ ” _____ 201__ г. Подпись _____

