

## АНКЕТА О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ

**Уважаемый(ая)** \_\_\_\_\_

Сообщенные Вами сведения позволят врачу подобрать эффективную анестезию, лекарства и методы лечения, правильно составить план лечения. 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. По каждому пункту анкеты необходимо ответить ДА или НЕТ. Если вопрос непонятен или Вы не уверены в ответе, обсудите этот вопрос с врачом. Неполная или неправильная информация может повредить Вашему здоровью. Ваши данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

|     |                                                                                                                                                                                                                    |        |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 1.  | Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением общего врача (терапевта)?<br>Если «Да», то укажите причину                                                                                                      | Да Нет |
| 2.  | Принимаете ли Вы в настоящее время какие-нибудь лекарства?<br>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.  | Заболевание сосудов                                                                                                                                                                                                | Да Нет |
| 9.  | Инсульт, головные боли (в том числе беспричинные)                                                                                                                                                                  |        |
| 10. | Повышенное (пониженное) кровяное давление                                                                                                                                                                          | Да Нет |
| 11. | Повыш. кровоточность, анемия, гемофилия (несвертываемость крови), переливание крови                                                                                                                                | Да Нет |
| 12. | Астма, сезонная аллергия, полиноз, пищевая аллергия.                                                                                                                                                               | Да Нет |
| 13. | Доброкачественные, злокачественные опухоли, радиологическое лечение, химиотерапия                                                                                                                                  | Да Нет |
| 14. | Диабет                                                                                                                                                                                                             | Да Нет |
| 15. | Желудочно-кишечные заболевания                                                                                                                                                                                     | Да Нет |
| 16. | Гепатит, желтуха, заболевания печени                                                                                                                                                                               | Да Нет |
| 17. | Заболевание легких, бронхиальная астма                                                                                                                                                                             | Да Нет |
| 18. | Курите? Сколько сигарет в день?                                                                                                                                                                                    | Да Нет |
| 19. | Заболевания уха, горла, носа                                                                                                                                                                                       | Да Нет |
| 20. | Заболевания кожи, нейродермит                                                                                                                                                                                      | Да Нет |
| 21. | Заболевания почек и мочевыводящих путей, затрудненное мочеиспускание, диализ                                                                                                                                       | Да Нет |
| 22. | Заболевание щитовидной железы                                                                                                                                                                                      | Да Нет |
| 23. | Паралич, парез, конвульсии, обмороки, потеря сознания                                                                                                                                                              | Да Нет |
| 24. | Артрит, заболевание суставов                                                                                                                                                                                       | Да Нет |
| 25. | Проводились ли исследования на СПИД, гепатит «В» и «С», сифилис, туберкулез и т.д.? Если «Да», укажите, когда именно                                                                                               | Да Нет |
| 26. | Травмы головы или шеи, автомобильные аварии, хирургические операции                                                                                                                                                | Да Нет |
| 27. | Лечение нижнечелюстного сустава                                                                                                                                                                                    | Да Нет |
| 28. | Имеются ли у Вас другие проблемы со здоровьем, о которых Вам известно?<br>Если «Да», то какие?                                                                                                                     | Да Нет |
| 29. | Являюсь донором                                                                                                                                                                                                    | Да Нет |
| 30. | Добавьте то, что считаете важным рассказать о здоровье?                                                                                                                                                            | Да Нет |
| 31. | 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 |

**Для женщин:** Вы беременны, подозреваете беременность или кормите ребенка?

Собираетесь забеременеть в ближайшее время?

Имеются нарушения менструального цикла?

Постоянно или периодически принимаете противозачаточные препараты?

Последнее посещение гинеколога в \_\_\_\_\_ мес. \_\_\_\_\_ год.

(ПОДЧЕРКНУТЬ)

Я подтверждаю, что сообщил (а) достоверную информацию о всех известных мне на данный момент проблемах со здоровьем и обязуюсь сообщить своему лечащему врачу о вновь выявленных проблемах, если таковые будут. 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 «НикаСпринг».

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_