Анкета

Дата заполнения___._____.____

ФИО пациента: _____
Дата рождения: **_____**
Адрес места прописки (населенный пункт, улица, номер дома, кв.):
Телефон: +7(____)___-__-__ 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:

☐Вывеска ☐2ГИС (навигатор) ☐Другое

☐Рекомендация к врачу ☐Инстаграм

☐Рекомендация в клинику ☐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 своё 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. кишки и др.)		ДА	НЕТ
Заболевания печени и желчного пузыря (гепатиты и др.)		ДА	НЕТ
Заболевания почек		ДА	НЕТ
Заболевания щитовидной, паращитовидной 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
Признаки ОРВИ, повышенной температуры, высыпания на теле		ДА	НЕТ
ВИЧ, СПИД, гепатит		ДА	НЕТ
5.Есть ли у Вас аллергия ? (если «Да», то на что?)			
6. Другие заболевания (указать)		ДА	НЕТ
7. Были ли у Вас хирургические вмешательства? (Если «Да», укажите какие).		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. Имеется ли у Вас наличие хронических интоксикаций (табакокурение, алкоголь, наркотические вещества).		ДА	НЕТ

ДЛЯ ЖЕНЩИН			
Беременны ли Вы?		ДА	НЕТ
Являетесь ли Вы кормящей матерью?		ДА	НЕТ

Я искренне ответил(а) на все вопросы данной 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:_____

ФИО врача стоматолога, ознакомившегося с медицинской анкетой	Дата	Подпись