

Информация о пациенте

Фамилия: _____

« ____ . ____ . 201 ____ » г.

Имя: _____

Отчество: _____

Дата рождения: ____ . ____ . ____ г.

Возраст: _____

Домашний адрес: _____

Контактный телефон: _____

Место работы, профессия: _____

Как Вы узнали о нас:

- от наших пациентов рядом живете из рекламы
 соцсети (Вконтакте; Facebook)

Кому, кроме Вас лично, Вы разрешаете передавать напоминание о запланированном визите к стоматологу (укажите телефон):

- никому _____ тел.
 _____ тел.

В каком виде Вам будет удобнее получать напоминание о запланированном визите:

- Звонок по телефону SMS E-mail: _____

Благодарим Вас за внимательное заполнение пунктов анкеты. Ответы на эти вопросы помогут в оформлении необходимой документации. Мы сделаем все возможное, чтобы Ваше пребывание в клинике было комфортным, а лечение результативным и приятным.

Семейная стоматология «ОРТОНИКА»

Анкета здоровья пациента

Пожалуйста, опишите свою основную жалобу (например - не нравится цвет зубов, кровоточивость десен, зубная боль, другое):

Успешность стоматологического лечения может зависеть от наличия или отсутствия общих заболеваний организма. Ответы на нижеприведенные вопросы помогут правильно составить план лечения, обеспечить безопасность и эффективность проведения лечебных мероприятий.

Поставьте галочку если Вас беспокоит:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Кровоточивость при чистке зубов | <input type="checkbox"/> Необходимо протезирование зубов |
| <input type="checkbox"/> Кариес, некачественные пломбы | <input type="checkbox"/> Неровные зубы/неправильный прикус |
| <input type="checkbox"/> Зубы требующие удаления | <input type="checkbox"/> Запах изо рта |
| <input type="checkbox"/> Зубной налет/ изменение цвета зубов | <input type="checkbox"/> Кашель |

Поставьте галочку если вы отмечали у себя:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Скрип зубами ночью (со слов окружающих) | <input type="checkbox"/> Заклинивание челюсти (трудно раскрыть рот) при пробуждении |
| <input type="checkbox"/> Скрип зубами в течение дня | <input type="checkbox"/> Травма зубов |
| <input type="checkbox"/> Усталость жевательных мышц при пробуждении | <input type="checkbox"/> Затрудненное носовое дыхание |
| <input type="checkbox"/> Стискивание зубов в течение дня | <input type="checkbox"/> Повышенная чувствительность зубов |
| <input type="checkbox"/> Повышенный рвотный рефлекс | <input type="checkbox"/> Ранее проводилось ортодонтическое лечение (брекет-системой; пластинками; аппаратами) |
| <input type="checkbox"/> Щелчок в области сустава нижней челюсти (справа, слева) | <input type="checkbox"/> (Для женщин): беременны ли Вы?
Укажите срок: _____. |
| <input type="checkbox"/> Боль в области сустава нижней челюсти (справа, слева) | <input type="checkbox"/> (Для женщин): кормите ли Вы грудью? |

Есть в данный момент или были ранее симптомы/заболевания:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Аллергия (<input type="checkbox"/> лекарства; <input type="checkbox"/> пыль; <input type="checkbox"/> пыльца; <input type="checkbox"/> животные; <input type="checkbox"/> продукты питания).
Как проявляется аллергия:
_____. | <input type="checkbox"/> Проводился общий наркоз |
| <input type="checkbox"/> Болезни органов дыхания (астма, туберкулез, синуситы) | <input type="checkbox"/> Нарушение свертываемости крови |
| <input type="checkbox"/> Инсульт, эпилепсия, судороги | <input type="checkbox"/> Повышенное/пониженное давление.
Какое: _____. |
| <input type="checkbox"/> Гепатит (А, В, С) | <input type="checkbox"/> Большие операции; травмы; автоаварии. |
| <input type="checkbox"/> СПИД и др. венерические заболевания | <input type="checkbox"/> Кардиостимулятор, искусственный клапан сердца |
| <input type="checkbox"/> Заболевания сердца | <input type="checkbox"/> Стоите на учете в лечебном учреждении |
| <input type="checkbox"/> Диабет | <input type="checkbox"/> Регулярно принимаете какие-либо лекарственные препараты.
Какие: _____. |
| | <input type="checkbox"/> Курите ли вы? Стаж: _____. |

Последнее посещение врача-стоматолога: _____. _____. _____г.

Последнее прохождение проф.гигиены: _____. _____. _____г.

Дата: _____. _____. _____ г.; Подпись: _____ / _____ (ФИО).