

АНКЕТА ПАЦИЕНТА

О своем состоянии здоровья сообщаю следующее:

Последнее посещение врача стоматолога _____
указать месяц и год

1. Аллергия (лекарственная, пищевая, другие) _____

Симптомы _____

Чем купируется приступ _____

2. Группа крови _____ Резус-фактор _____

Страдаете ли Вы заболеваниями:

- сердца (стенокардия, сердцебиение, отдышка) ДА НЕТ

- почек ДА НЕТ

- печени ДА НЕТ

- желудочно-кишечного тракта ДА НЕТ

- легких (бронхиальная астма) ДА НЕТ

4. Страдаете ли Вы:

- повышенным артериальным давлением ДА НЕТ

- пониженным артериальным давлением ДА НЕТ

5. Бывают ли у Вас припадки, обморока, головокружение ДА НЕТ

6. Длительные кровотечения после порезов ДА НЕТ

7. Диабет ДА НЕТ

8. Беременность ДА НЕТ

9. Принимаете лекарства (указать) _____

10. Были ли у Вас травмы головы ДА НЕТ

11. Перенесенный гепатит А, В, С (нужное подчеркнуть) ДА НЕТ

12. СПИД, венерические заболевания ДА НЕТ

13. Периодически возникающие язвы полости рта, герпес ДА НЕТ

14. Употребляете ли Вы наркотики ДА НЕТ

15. Курите ли Вы ДА НЕТ

Я искренне ответил(а) на все пункты анкеты, хочу дополнительно сообщить о состоянии моего здоровья следующее: _____

Мне известно, что только в случае обязательных профилактических осмотров (1 раз в 6 месяцев) можно рассчитывать на определенный срок результатов лечения протезирования.

Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов до начала прием: стоматолога, должен(на) сообщить врачу об этом.

«__» _____ 20 г. Подпись пациента

АНКЕТА ПАЦИЕНТА

О своем состоянии здоровья сообщаю следующее:

Последнее посещение врача стоматолога _____
указать месяц и год

1. Аллергия (лекарственная, пищевая, другие) _____

Симптомы _____

Чем купируется приступ _____

2. Группа крови _____ Резус-фактор _____

Страдаете ли Вы заболеваниями:

- сердца (стенокардия, сердцебиение, отдышка) ДА НЕТ

- почек ДА НЕТ

- печени ДА НЕТ

- желудочно-кишечного тракта ДА НЕТ

- легких (бронхиальная астма) ДА НЕТ

4. Страдаете ли Вы:

- повышенным артериальным давлением ДА НЕТ

- пониженным артериальным давлением ДА НЕТ

5. Бывают ли у Вас припадки, обморока, головокружение ДА НЕТ

6. Длительные кровотечения после порезов ДА НЕТ

7. Диабет ДА НЕТ

8. Беременность ДА НЕТ

9. Принимаете лекарства (указать) _____

10. Были ли у Вас травмы головы ДА НЕТ

11. Перенесенный гепатит А, В, С (нужное подчеркнуть) ДА НЕТ

12. СПИД, венерические заболевания ДА НЕТ

13. Периодически возникающие язвы полости рта, герпес ДА НЕТ

14. Употребляете ли Вы наркотики ДА НЕТ

15. Курите ли Вы ДА НЕТ

Я искренне ответил(а) на все пункты анкеты, хочу дополнительно сообщить о состоянии моего здоровья следующее: _____

Мне известно, что только в случае обязательных профилактических осмотров (1 раз в 6 месяцев) можно рассчитывать на определенный срок результатов лечения протезирования.

Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов до начала прием: стоматолога, должен(на) сообщить врачу об этом.

«__» _____ 20 г. Подпись пациента