

Медицинская Анкета

Заполняется пациентом, родителем, опекуном (работником стоматологической организации со слов и согласия пациента)

ФИО _____

дата рождения _____ телефон _____

адрес _____

место работы _____

Как Вы узнали о нашем центре? _____

Здоровы ли Вы в целом?	Да	Нет	Инфицированы ли Вы ВИЧ?	Да	Нет
Есть ли у Вас на данный момент (или в прошлом):					
Одышка	Да	Нет	Ревматизм? _____ (укажите, когда было последнее обострение)	Да	Нет
Повышенное кровяное давление? укажите цифры рабочего давления _____				Да	Нет
Заболевания сердца, операции на сердце? _____	Да	Нет	Обмороки, Эпилепсия? (как часто, что провоцирует) _____	Да	Нет
Гепатит(желтуха)? (какие, когда) _____	Да	Нет	Сильные кровотечения, гемофилия? (чем купировали) _____	Да	Нет
Сахарный диабет? (тип, цифры) _____	Да	Нет	Бронхиальная астма? (чем купируется, как часто обострения?) _____	Да	Нет
Есть ли аллергия (бытовая, медикаментозная, пищевая)? в какой форме выражается, чем вызывается? _____				Да	Нет
Переносили ли Вы серьезные операции, травмы? (какие, когда) _____				Да	Нет
Переносили ли Вы общий наркоз? (в каком году) _____	Да	Нет	Употребляете ли Вы наркотики? (поясните) _____	Да	Нет
Принимаете ли Вы какие-либо лекарства в настоящее время? (поясните) _____				Да	Нет
Болеете ли Вы туберкулезом?	Да	Нет	Имеются ли у Вас электрокардиостимулятор, другие имплантированные приборы?	Да	Нет
Беременны ли Вы? (срок) _____	Да	Нет	Кормите ли Вы грудью?	Да	Нет
Другие подробности (онкозаболевания, лучевая терапия, переломы, анемия, заболевания мозга, почек, печени и т. д., что может иметь значения при лечении) _____				Да	Нет
Я согласен(сна) получать информацию на указанный номер и в социальных сетях (напоминание о приеме, информация о специальных предложениях и акциях)				Да	Нет

Пожалуйста, укажите, кому Вы доверяете информацию о своем здоровье (укажите ФИО, кем приходится). _____

Дата _____

Подпись _____