

## АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

Находитесь ли Вы сейчас под наблюдением врача \_\_\_\_\_ Если да, то укажите причины лечения \_\_\_\_\_

Фамилия врача и адрес \_\_\_\_\_

Дата последнего врачебного осмотра \_\_\_\_\_

Принимаете ли в настоящее время какое-либо (назначенное или не назначенное врачом) лекарство? Если да, то укажите какое и причины приема \_\_\_\_\_

Пожалуйста, обведите заболевание, которое у Вас имеется или было раньше

- |  |                                      |   |                                  |                                    |
|--|--------------------------------------|---|----------------------------------|------------------------------------|
| СПИД <input type="checkbox"/>          | Рак <input type="checkbox"/>         | Глаукома <input type="checkbox"/>           | Болезни почек или                | Ревматизм <input type="checkbox"/> |
| Алкоголизм <input type="checkbox"/>    | Диабет <input type="checkbox"/>      | Травмы головы/шеи <input type="checkbox"/>  | печени <input type="checkbox"/>  | Синусит <input type="checkbox"/>   |
| Аллергии <input type="checkbox"/>      | Лекарственная                        | Заболевания сердца <input type="checkbox"/> | Психические                      | Язвы <input type="checkbox"/>      |
| Анемия <input type="checkbox"/>        | или                                  | Герпес <input type="checkbox"/>             | болезни <input type="checkbox"/> | Венерические                       |
| Эпилепсия <input type="checkbox"/>     | наркотическая                        | Инфекционный                                | Мигрень <input type="checkbox"/> | болезни <input type="checkbox"/>   |
| Повышенное АД <input type="checkbox"/> | зависимость <input type="checkbox"/> | гепатит <input type="checkbox"/>            | Болезни дыхательной              | Другие <input type="checkbox"/>    |
|  |                                      |   | системы <input type="checkbox"/> |                                    |

Имеется ли у Вас кардиостимулятор? \_\_\_\_\_

Было ли у Вас когда-либо продолжительное кровотечение после хирургического вмешательства? \_\_\_\_\_

Были ли у Вас необычные реакции на анестетики или лекарства (подобные пенициллину)? \_\_\_\_\_

Есть ли какая-либо другая информация, которая должна быть известна о Вашем здоровье? \_\_\_\_\_

Предыдущие посещения стоматолога (год) \_\_\_\_\_

Если женщина, то не беременны ли Вы? \_\_\_\_\_

Проводилось ли Вам раньше эндодонтическое лечение (удаление нерва)? \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись  \_\_\_\_\_