## 

**АНКЕТА ОПРОСА ПАЦИЕНТА**

Если при ответах на поставленные ниже вопросы возникают затруднения, Вы имеете возможность обратиться за консультацией к медицинскому специалисту для уточнения информации или проведения диагностики

Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Обращались ли Вы в последний год в больницу или в поликлинику? □да □нет

Если да, то по какому поводу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Имеются ли у Вас какие-либо общие заболевания? □да □нет

Если да, то какие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.Принимаете ли Вы постоянно какие-либо лекарственные препараты? □да □нет

Если да, то какие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.Курите ли Вы? □да □нет

5.Злоупотребляете ли Вы алкоголем? □да □нет

6.Употребляете ли Вы наркотические средства? □да □нет

7.Связана ли Ваша работа с вредными условиями труда? □да □нет

Если да, то с какими\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8.Хорошо ли Вы переносите обезболивание? □да □нет

9.Если нет, то какие были осложнения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10.Были ли у Вас случаи аллергической реакции на лекарственные препараты □да □нет

Если да. то на какие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Какое у Вас кровяное давление?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

12. Являетесь ли Вы донором? □да □нет

13.Проводились ли Вам переливания крови? □да □нет

Если да, то по какому поводу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

14.Наблюдается ли у Вас склонность к кровотечениям или кровоизлияниям? □да □нет

15.Беременны ли Вы? Вопрос для взрослых пациентов женского пола □да □нет

17.Имеется ли у Вас кровоточивость десен при чистке зубов? □да □нет

19.Бывают ли у Вас высыпания на слизистой оболочке полости рта? □да □нет

21. Были у Вас гнойные воспаления челюстно-лицевой области,

в том числе гайморит и т.п. ? □да □нет

22.Отмечали ли Вы у себя ночное скрежетание зубами (бруксизм)? □да □нет

23.Страдаете ли Вы перечисленными ниже заболеваниями? Если да, то укажите какими:

Сердца\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Вирус иммунодефицита (СПИД)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сахарным диабетом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Гепатитом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Крови\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Печени\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Аллергией\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ревматизмом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Щитовидной железы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Почек \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Легких\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Эпилепсией\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нервными болезнями\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Желудочно-кишечными\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Онкологическими\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Туберкулезом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

24.Откуда узнали о нашей клинике?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дополнительно к изложенному, хочу сообщить следующие сведения о состоянии моего здоровья \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациента или его законного представителя) даю согласие на проведение врачебного осмотра, сбора анамнеза и в случае необходимости согласен(а) на проведение дополнительной диагностики для постановки или уточнения диагноза, а также на проведение фото и видеосъемки с целью визуализации этапов лечения и фиксации достигнутого результата. Подписывая настоящий документ даю свое согласие на свободное использование полученных фото и видео в обезличенном виде по усмотрению исполнителя в научной, образовательной, просветительской деятельности в том числе путем опубликования.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_