**Анкета.**

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения

Пользовались ли Вы ранее услугами стоматолога:

«Нет», «Да», «Менее года назад», «Менее 5 лет назад», «Более 5 лет назад».

Следующая информация очень важна для того, чтобы мы смогли обеспечить Вас стоматологической помощью, в соответствии с состоянием Вашего здоровья, наиболее эффективно и безопасно.

Неполная или неправильная информация может повредить Вашему здоровью. Вам необходимо ответить на каждый вопрос.

Если вопрос непонятен или Вы не уверены в ответе, обсудите этот вопрос с вашим врачом.

1. Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением врачей других специальностей:  
   «Нет», «Да»,(если «Да», укажите, по какой причине) \_
2. Все ли лекарства или продукты Вы переносите: «Да», «Нет».

Если «Нет», то укажите каждое лекарственное средство или продукт, на которые отмечалась нежелательная  
реакция, и коротко опишите, в чем она проявлялась

1. Применяли ли Вы ранее средства для местного обезболивания: «Нет», «Да». Если «Да», укажите какие  
   средства Вы применяли (новокаин, лидокаин, другие средства), когда это было в последний раз, и как Вы их  
   перенесли (не было ли во время их применения слабости, потливости, затруднения дыхания, потери  
   сознания, других неприятных ощущений)
2. Знаете ли Вы уровень своего **артериального давления** : «Нет», «Да»

если знаете, укажите цифры обычного для Вас давления

Если Вы принимаете средства для снижения давления, укажите препараты.

5. Лечитесь ли Вы в настоящее время или лечились раньше по поводу следующих заболеваний:

а) Заболевания **сердца** (перенесенный инфаркт, стенокардия, сердечная недостаточность, другие заболевания): «Нет», «Да».

Если «Да», то какие заболевания

Укажите, какие лекарственные препараты для лечения этих заболеваний и в каких дозах Вы  
принимаете

Ь) Заболевания **органов дыхания** (хронический бронхит, бронхиальная астма, туберкулез или другие заболевания): «Нет», «Да».

Если «Да», укажите какие заболевания

и какие лекарственные препараты Вы принимаете для их лечения

с) Заболевания **органов пищеварения** (язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, или  
другие заболевания): «Нет», «Да».  
Если «Да», укажите какие заболевания

и какие лекарственные препараты Вы принимаете для их лечения,

с!) Заболевания **печени (**желтуха, гепатит): «Нет», «Да».  
Если «Да», укажите какие заболевания

и какие лекарственные препараты Вы принимаете для их лечения

е) Заболевания **нервной системы** (паралич, судороги, потери сознания или другие заболевания):  
«Нет», «Да»  
Если «Да», укажите какие заболевания

и какие лекарственные препараты Вы принимаете для их лечения

т) Заболевание **крови** (гемофилия, повышенная или пониженная свертываемость крови, кровотечения при удалении зубов): «Нет», «Да».

Если «Да», укажите какие заболевания

и какие лекарственные препараты Вы принимаете для их лечения

§) **Эндокринные** заболевания (диабет, заболевания щитовидной железы): «Нет», «Да».  
Если «Да», укажите какие заболевания

и какие лекарственные препараты Вы принимаете для их лечения

Ъ) Сколько раз в год Вы болеете простудными заболеваниями

Когда болели в последний раз

Пользуетесь ли Вы антибиотиками для лечения этих заболеваний: «Нет», «Да».

Если «Да», укажите, какие антибиотики и когда Вы применяли

в последний раз

Применяли ли Вы когда-нибудь в своей жизни (варианты «Да», «Нет», «Не знаю»):

Пенициллин Эритромицин Тетрациклин или Доксициклин

Бисептол

Если при этом были нежелательные эффекты, то в чем они проявлялись

Имеются ли у Вас другие проблемы со здоровьем (укажите то,

что считаете нужным)

**Специальные сведения (для пациенток)**

1. Применяете ли Вы в настоящее время противозачаточные средства в таблетках: «Нет», «Да».  
Если «Да», укажите название препарата

2. Беременны ли Вы в настоящее время: «Нет», «Да».

Заполнив эту анкету, обсудите свои ответы с врачом-стоматологом и задайте свои вопросы, если они у Вас возникли.

Подпись Дата « » 20 г.