

## Анкета – анамнез

Уважаемые пациенты клиники «FamilySmileDent» (ООО Клиника «Голливуд»), мы приветствуем Вас в нашей клинике и просим Вас заполнить данную анкету, для того, чтобы лечащий врач мог назначить Вам правильное лечение, с учетом состояния Вашего организма. Вся информация, указанная Вами, конфиденциальна.

Пожалуйста, отметьте нужные ответы (при затруднении в ответе ставьте «?»), затем верните анкету. Спасибо!

Дата заполнения \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 201\_\_ г.

Фамилия И.О. \_\_\_\_\_

Пол муж. жен. Возраст \_\_\_\_\_

1. **Болеете ли Вы чем-либо в данный момент?**
  - ОРЗ да нет,
  - Гриппом да нет,
  - Герпесом да нет
  - Другое (укажите) \_\_\_\_\_
2. **Были ли у Вас Аллергические реакции?**
  - На лекарства (какие) \_\_\_\_\_
  - Продукты (какие) \_\_\_\_\_
  - Пыльцу (какую) \_\_\_\_\_
  - Другое \_\_\_\_\_
3. **Страдаете ли Вы эпилепсией?** Если Да укажите пожалуйста частоту и периоды потери сознания, приступов \_\_\_\_\_ Нет
4. **Имеется ли у Вас сахарный диабет** Да (какого типа) \_\_\_\_\_ Нет  
Если Да, укажите пожалуйста, принимаете ли Вы в настоящее время инсулин \_\_\_\_\_
5. **Имеется ли у Вас в данное время туберкулез** Да (как давно) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (болели раньше) \_\_\_\_\_ Нет.
6. **Имеется ли у Вас заболевания придаточных пазух носа (гайморит, фронтит)**  
Да (с какой стороны и как давно) \_\_\_\_\_  
Нет.
7. **Имеется ли у Вас остеохондроз шейного отдела позвоночника?** Да Нет.
8. **Страдаете ли Вы бронхиальной астмой, астматическим бронхитом?** Да Нет.
9. **Имеется ли у Вас гипертоническая болезнь?** Да Нет.
10. **Случались ли у Вас ранее нарушения мозгового кровообращения, инсульты, инфаркты?** Да (когда и сколько) \_\_\_\_\_ Нет.
11. **Бывают ли у Вас обмороки, пониженное артериальное давление?** Да Нет.
12. **Наблюдаетесь ли Вы у врача – кардиолога по поводу:**
  - Ишемической болезни сердца Да Нет,
  - Стенокардии Да Нет,
  - Аритмии Да Нет,
  - Сердечной недостаточности Да Нет,
  - Инфаркта миокарда Да Нет.
13. **Имеются ли у Вас врожденные или приобретенные пороки сердца?** Да Нет
14. **Проводилось ли Вам операция по установке кардиостимулятора или аорто-коронарное шунтирование? (подчеркните)** Да Нет.
15. **Бывают ли у Вас длительные кровотечения, нарушения свертываемости крови?** Да Нет.

16. Имеется ли у Вас остеопороз? Да Нет.
17. Имеется ли у Вас заболевания костной ткани? Да (какие) \_\_\_\_\_  
Нет.
18. Имеются ли у Вас заболевания щитовидной железы? Да Нет.
19. Имеются или был ли у Вас гепатит? Да (какой) А В С Нет.
20. Имеется ли у Вас иммунодефицитное состояние? Да Нет.
21. Имеется ли у Вас в данное время ВИЧ Да (как давно?) \_\_\_\_\_ Нет.
22. Имеется ли у Вас остеохондроз? Да Нет.
23. Имеются ли у Вас заболевания желудочно-кишечного тракта?  
Да (какие) \_\_\_\_\_ Нет.
24. Страдаете ли Вы хроническим заболеванием почек? Да Нет.
25. Страдаете ли Вы глаукомой? Да Нет.
26. Укажите пожалуйста, если у Вас имеются какие – либо другие сопутствующие  
заболевания или перенесенные операции  
Да (какие) \_\_\_\_\_ Нет.
27. Имеется ли у Вас скрежет, стискивание зубов? Да Нет.
28. Храпите ли Вы? Да Нет.
29. Был ли у Вас когда-либо вывих в области височнонижнечелюстном суставе?  
Да Нет.
30. Возникает ли у Вас периодически любая боль, дискомфорт в преддужной  
области, клацанье, хлопанье, скрежет или хрустящий звук во время жевания?  
Да (что именно) \_\_\_\_\_  
Нет.
31. Имеется ли у Вас заболевания слизистой оболочки полости рта?  
Да (какие) \_\_\_\_\_ Нет.
32. Были ли у Вас когда-либо заболевания слюнных желез?  
Да (какие) \_\_\_\_\_ Нет.
33. Отмечаете ли Вы частую сухость в полости рта? Да Нет.
34. Имеется ли у Вас заболевания пародонта? Да (какие) \_\_\_\_\_ Нет.
35. Были ли у Вас ранее оперативные вмешательства челюстно-лицевой области?  
Да (какие) \_\_\_\_\_ Нет.
36. Проводилось ли Вам ранее ортодонтическое лечение?  
Да (какое, как давно) \_\_\_\_\_ Нет.
37. Принимаете ли Вы в настоящее время какие – либо лекарства?  
• Да (какие и как долго) \_\_\_\_\_ -  
\_\_\_\_\_ Нет,  
• Принимаете ли Вы в данное время гормональные препараты  
Да (какие и как долго) \_\_\_\_\_ -  
\_\_\_\_\_ Нет.  
• Принимали ли Вы за последний год антибиотики  
Да (какие, сколько курсов) \_\_\_\_\_  
Нет.
38. Обращались ли Вы когда-нибудь к онкологу?  
• Да (по поводу чего) \_\_\_\_\_ Нет.  
• Если Да, проводились ли Вам химио - или лучевая терапия (подчеркнуть)  
Укажите количество \_\_\_\_\_  
• Если Да, принимали ли Вы (или принимаете) Бисфосфонаты? - Нет.

Да (в какой форме – таблетки или инъекции, как долго и как давно)

39. Подвергались ли Вы действию радиации или токсических веществ  
Да Нет.
40. Имеются ли у Вас вредные факторы на работе? Да (какие и как долго) \_\_\_\_\_ Нет.
41. Курите ли Вы Да (как много?) \_\_\_\_\_ Нет.
42. Страдаете ли Вы злоупотреблением алкоголем? Да Нет.
43. Имеется ли у Вас опыт употребления наркотических веществ? Да (как долго) \_\_\_\_\_ Нет.
44. Страдаете ли Вы психическими заболеваниями? Да Нет.
45. Отмечаете ли Вы частые или постоянные головные боли?  
Да Нет.
46. Отмечали ли Вы снижение интереса к любимым делам в последнее время?  
Да Нет.
47. Отмечали ли Вы в последнее время подавленность или неуверенность?  
Да Нет.
48. Какой зубной щеткой Вы пользуетесь в настоящее время? (пожалуйста подчеркните) классической, электрической вращающейся, электрической звуковой, электрической ультразвуковой.
49. Укажите пожалуйста, если у Вас раньше наблюдались какие – либо осложнения во время и после стоматологического лечения

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Дополнительные вопросы (для женщин):**

- Имеется ли у Вас беременность в настоящее время?  
Да (какой срок) \_\_\_\_\_ Нет.
- Планируете ли Вы в ближайшее время беременность?  
Да (какой срок) \_\_\_\_\_ Нет.
- Кормите ли Вы грудью в настоящее время Да Нет.
- Принимаете ли Вы в данное время гормональные препараты  
Да (какие и как долго) \_\_\_\_\_ Нет.

Подпись \_\_\_\_\_ Расшифровка подписи \_\_\_\_\_

Подпись врача \_\_\_\_\_ Расшифровка подписи \_\_\_\_\_