

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 преддверной
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 _____