

АНКЕТА

здоровья пациента

На процесс лечения могут оказать влияние общие заболевания, поэтому просим Вас внимательно заполнить эту анкету (отметить да или нет, впишите необходимое).

Мы гарантируем, что сведения, указанные Вами в этой анкете, будут использованы только для подбора лечения с учетом Вашего здоровья и не будут доступны посторонним лицам.

Ф.И.О. пациента _____

№ п/п	ВОПРОС	ОТВЕТ	
		да	нет
1.	Имеете ли Вы какие-либо аллергические реакции на медицинские препараты (пищевые продукты, пыльцу растений, шерсть животных и т.д.), если ДА, то какие	да	нет
2.	Наблюдаетесь ли Вы постоянно (состоите на учете) у специалистов общей практики (аллерголог, терапевт, кардиолог, эндокринолог), если ДА, то у какого специалиста	да	нет
3.	Принимаете ли Вы постоянно какие-либо медицинские препараты, если ДА, укажите какие	да	нет
4.	Имеете ли Вы какие-либо сердечно-сосудистые проблемы (головокружения, обмороки, повышенное АД, ИБС, ранее перенесенные инфаркты миокарда, искусственный водитель ритма и т.д.), если ДА, то какие	да	нет
5.	Имеете ли Вы какие-либо метаболические или гормональные отклонения (заболевания щитовидной железы, надпочечников, постменопауза и т.д.), если ДА, то укажите какие	да	нет
6.	Имеете ли Вы какие-либо системные заболевания соединительной ткани (коллагенозы, ревматизм и т.д.), если ДА, то какие	да	нет
7.	Имеете ли Вы какие-либо заболевания костной ткани (системный остеопороз, остеопороз и т.д.), если ДА, то какие	да	нет
8.	Имеете ли Вы какие-либо заболевания печени (гепатит, гепатоз, цирроз), если ДА, то какие	да	нет
	Имеете ли Вы какие-либо заболевания мочевыводящей системы (болезни почек, мочеточников и т.д.), если ДА, то какие	да	нет
9.	Имеете ли Вы какие-либо злокачественные новообразования?	да	нет
10.	Имеете ли Вы какие-либо заболевания крови (длительные кровотечения, нарушение свертываемости, снижение гемоглобина, гемофилия и т.д.), если ДА, то какие	да	нет
11.	Имеете ли Вы сахарный диабет, если ДА, то укажите степень	да	нет
12.	Принимаете ли Вы инсулин?	да	нет
13.	Проводилась ли у Вас ранее химиотерапия, лучевая терапия в области голова-шея, если ДА, то укажите	да	нет
14.	Имеете ли Вы какие-либо неврологические или психические нарушения (ранее перенесенные инсульты, состоите ли на учете в психоневрологическом, наркологическом диспансере), если ДА, то укажите	да	нет
15.	Связана ли Ваша работа с вредными воздействиями?	да	нет
16.	Куриете ли Вы?	да	нет
17.	Беременны ли Вы в настоящий момент (для женщин), если ДА, то укажите срок	да	нет
18.	Имеете ли Вы детей, которые находятся на грудном вскармливании?	да	нет
19.	Имеете ли Вы какие-либо заболевания легких и органов дыхания (бронхит, трахеит), если ДА, то какие	да	нет
20.	Часто ли Вы принимаете алкоголь?	да	нет
21.	Имеете ли Вы какие-либо общие инфекционные (туберкулез, инфекционный мононуклеоз и т.д.) или вирусные заболевания (гепатит, сифилис, ВИЧ инфекция), если ДА, то какие	да	нет
22.	Имеете ли Вы какие-либо заболевания ЛОР-органов (гайморит, ларингит, отит, синусит и т.д.), если ДА, то какие	да	нет
23.	Имеете ли Вы какие-либо другие заболевания, не указанные выше, если ДА, то какие	да	нет
24.	Проводились ли у Вас ранее какие-либо хирургические вмешательства в области верхнечелюстных пазух, если ДА, то какие	да	нет
25.	Проводилась ли у вас ранее дентальная имплантация или направленная тканевая регенерация (наращивание костной ткани), если ДА, то какая	да	нет
26.	Часто ли бывает герпес?	да	нет
27.	Страдаете ли Вы бруксизмом (ночное скрежетание зубами)	да	нет

Достоверность своих слов подтверждаю

« _____ » _____ 20 ____ г.
(дата)

_____ (подпись врача с расшифровкой)

_____ (подпись пациента с расшифровкой)