

АНКЕТА О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ

Последнее посещение врача стоматолога (месяц, год): _____

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Заболевания сердца, инфаркт миокарда, кардиостимулятор	ДА	НЕТ
Заболевания сосудов, инсульт	ДА	НЕТ
Повышение или понижение артериального давления	ДА	НЕТ
Заболевания легких	ДА	НЕТ
Бронхиальная астма	ДА	НЕТ
Заболевания желудочно-кишечного тракта	ДА	НЕТ
Заболевания печени	ДА	НЕТ
Заболевания почек	ДА	НЕТ
Заболевания щитовидной железы, др. желез	ДА	НЕТ
Сахарный диабет	ДА	НЕТ
Сотрясение головного мозга	ДА	НЕТ
Эпилепсия и др. заболевания центральной и периферической нервной системы	ДА	НЕТ
Заболевания крови, нарушение свертываемости крови	ДА	НЕТ
Заболевания уха, горла, носа (ангина, тонзиллит)	ДА	НЕТ
Глаукома (повышение внутриглазного давления)	ДА	НЕТ
Заболевания костной системы, суставов	ДА	НЕТ
Заболевания кожи (указать какие)	ДА	НЕТ
Проводилось исследование на СПИД (если «да» -какой результат) - плюс или минус	ДА	НЕТ
Головные боли, в том числе беспричинные (как часто)	ДА	НЕТ
Венерические заболевания	ДА	НЕТ
Инфекционные заболевания (как часто)	ДА	НЕТ
Бывает головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетика или др. лекарственных препаратов	ДА	НЕТ
Проводилась лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет	ДА	НЕТ
Были операции	ДА	НЕТ
Другие заболевания (указать)	ДА	НЕТ

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ

- на местные анестетики
- на антибиотики, сульфаниламиды
- на препараты йода
- на гормональные препараты
- на другие лекарственные препараты
- на пыльцу и растения, пищевые продукты, шерсть животных, бижутерию

Ф.И.О. врача	
Дата	
№ зуба	
Коды услуг	
Стоимость	
Услуг	
Подпись адм.	
Оплачено	