ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В НАСТОЯЩЕМ ВРЕМЕНИ ИЛИ В ПОСЛЕДНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ		
Постоянно или периодически принимаю лекарственные препараты. Если «ДА», то какие:	ДА	НЕТ
Лечусь, проводилось лечение (когда):	ДА	НЕТ
Состою на учете в лечебном учреждении	ДА	НЕТ
Проводились переливания крови (когда):	ДА	НЕТ
Проводились инъекции за последние 6 месяцев	ДА	НЕТ
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ		
Ваша работа связана (ранее или сейчас) с вредными факторами: химическими, физическими (излучения, высокое давление и т.д)	ДА	НЕТ
ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, КАСАЮЩАЯСЯ СТОМОТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ		
При прохождении стоматологического лечения в прошлом были: Аллергические реакции..... Продолжительное кровотечение..... Какие либо осложнения во время или после лечения.....	ДА	НЕТ
Наличие болей и щелканье в нижнечелюстном суставе	ДА	НЕТ
Кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная)	ДА	НЕТ
Появление герпеса «простуды» на губах с периодичностью ____в год	ДА	НЕТ
Появление трещин губ, заед	ДА	НЕТ
Бруксизм (ночное скрежетание зубов)	ДА	НЕТ
Периодическое появление язв в полости рта	ДА	НЕТ
Периодическая или постоянная сухость во рту	ДА	НЕТ
Чувствую запах изо рта	ДА	НЕТ
Вредные привычки (курение, прием алкоголя, наркотических ср.)	ДА	НЕТ
ДЛЯ ПАЦИЕНТОК		
Вы беременны	ДА	НЕТ
Являетесь кормящей матерью	ДА	НЕТ
Имеется нарушение менструального цикла	ДА	НЕТ
Постоянно или периодически принимаете противозачаточные ср.	ДА	НЕТ

Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее:

_____

Мне известно, что от состояния моего здоровья зависят: результаты лечения; гарантии на каждую работу, выполненную врачом

«_____» _____ 201_г. _____ /_____/

Подпись пациента Расшифровка подписи

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