Анкета здоровья пациента

ФИО пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Обведите кругом правильный вариант ответа. Вопросы имеют непосредственное отношению к состоянию Вашей полости рта и определяют возможность и надежность стоматологического лечения.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Испытываете ли Вы страх перед стоматологическим лечением? | ДА | НЕТ |
| Есть ли у Вас неблагоприятный опыт предыдущего лечения? | ДА | НЕТ |
| Были ли у Вас осложнения после стоматологических вмешательств? | ДА | НЕТ |
| Были ли когда-нибудь негативные последствия после проведения местной анестезии, например аллергия? | ДА | НЕТ |
| Проводилось ли когда-нибудь ортодонтическое лечение или избирательное пришлифовывание? | ДА | НЕТ |
| Кровь сворачивается быстро или есть проблемы со свертываемостью крови? | ДА | НЕТ |
| Есть ли у Вас аллергические реакции на металлы (кобальт-хром, никель-титан, оксид циркония, оксид алюминия, полевошпатная керамика) ИЛИ НА АНТИБИОТИКИ? | ДА | НЕТ |

**ЛИЧНЫЙ АНАМНЕЗ**

**СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нейроциркуляторная дистония  -приступы головной боли по утрам  -головокружения  -быстрая утомляемость  -легкая возбудимость  -одышка при физической нагрузке  -повышенное потоотделение во время приема у врача стоматолога | ДА | НЕТ |
| Гипертоническая болезнь  -укажите время появления первых симптомов болезни  -какие лекарства принимаете  -находитесь ли вы под наблюдением кардиолога  -выявлялась ли гипертрофия левого желудочка  -приступы тошноты, рвоты  -мелькание перед глазами  -шум в ушах  -боли в сердце  -бывают ли гипертонические кризы и сколько они длятся  -бывает ли после гипертонического криза тяжесть в голове, головокружение | ДА | НЕТ |
| Гипертонические кризы | ДА | НЕТ |
| Ишемическая болезнь  -Измеряли ли уровень холестерина, если да, укажите значения  -Курите ли вы, если да, то сколько сигарет в день  -Часто ли вы нервничаете  -Занимаетесь ли вы спортом, каким  -Отмечаете ли вы приступы острой боли сжимающего характера в области сердца, за грудиной, если да, то как часто  -Присутствует ли страх перед стоматологическим лечением | ДА | НЕТ |
| Стенокардия  -когда был последний приступ  -возникают ли боли в сердце при волнении и быстрой ходьбе  -как давно вы обследовались у кардиолога | ДА | НЕТ |
| Инфаркт миокарда  -укажите дату инфаркта миокарда | ДА | НЕТ |
| Сердечная астма | ДА | НЕТ |
| Нарушение сердечного ритма и проводимости | ДА | НЕТ |
| Инфекционные болезни сердца  -эндокардит  -перикардит  -воспалительные поражения клапанных структур  -воспалительные поражения пристеночного эндокарда | ДА | НЕТ |
| Пороки сердца  -часто ли ваши губы синеют  -часто ли пальцы ваших рук синеют  -отмечаете ли вы кровохарканье | ДА | НЕТ |
| Операции на сердце | ДА | НЕТ |
| Есть ли у вас одышка при ходьбе, отек ног | ДА | НЕТ |

**РЕВМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Страдаете ли вы диффузными заболеваниями соединительной ткани | ДА | НЕТ |
| Ревматизм  -отмечаете ли вы боли и припухлость в суставах  -есть ли искривления пальцев | ДА | НЕТ |
| Полиартриты | ДА | НЕТ |
| Воспалительные дегенеративные заболевания позвоночника | ДА | НЕТ |
| Болезни соединительной ткани | ДА | НЕТ |
| Системная красная волчанка  -беспокоит ли вас частая лихорадка  -есть ли кожные высыпания | ДА | НЕТ |
| Системная склеродермия  -присутствует ли отек кожи  -отмечаете ли вы сужение ротовой щели с образованием кисетообразных морщин | ДА | НЕТ |
| Системные васкулиты   * отмечаете ли вы резкое похудание * беспокоит ли вас слабость * принимаете ли вы гормональные препараты | ДА | НЕТ |

**ПОЛОВАЯ СИСТЕМА**

Женщины

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Есть ли у вас воспалительные заболевания матки, яичников?  Проводилось ли удаление яичников? | ДА | НЕТ |
| Как протекают у вас менструации? Есть ли нарушения?  Отмечаете ли вы чувство жара, головокружения, депрессии? | ДА | НЕТ |
| Вы беременны или кормите грудью? | ДА | НЕТ |
| Принимаете ли вы внутрь контрацептивы или гормональные препараты? | ДА | НЕТ |

Мужчины

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Не страдаете ли вы воспалительными заболеваниями предстательной железы или мочевыводящих путей? | ДА | НЕТ |

**ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Есть ли у вас заболевания щитовидной железы  Вы легко возбудимы? | ДА | НЕТ |
| Отмечаете ли вы частый пульс, чувство жара, потливость, раздражительность?  Легко ли вы переносите холод или жару? | ДА | НЕТ |
| Болеете ли вы сахарным диабетом? | ДА | НЕТ |
| Болел ли сахарным диабетом кто-либо в семье? | ДА | НЕТ |
| Мочитесь ли вы более 6 раз в день? | ДА | НЕТ |
| Часто ли вы испытываете жажду, сухость языка?  Отмечаете ли вы снижение вкусовой чувствительности? | ДА | НЕТ |
| Не было ли у вас переломов костей | ДА | НЕТ |
| Нет ли у вас заболевания пародонта и не наблюдается ли кровотечение из десен при чистке зубов? | ДА | НЕТ |

**ПРИКУС И ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Есть ли у Вас проблемы с челюстным суставом (боль при открывании рта, шумы в ушах, ограничение открывания рта, щелчки при открывании рта и зевании)? | ДА | НЕТ |
| Имеете ли Вы проблемы с дикцией? | ДА | НЕТ |
| Отмечаете ли Вы, что стараетесь найти наиболее комфортное положение челюстей при смыкании зубов? | ДА | НЕТ |
| Испытываете ли Вы трудности с жеванием или избегаете ли Вы жвачку, морковь, орехи, сухари или другую твердую или сухую пищу? | ДА | НЕТ |
| Изменились ли Ваши зубы за последние 5 лет, стали короче, тоньше или произошло истирание зубов? | ДА | НЕТ |
| Есть ли у Вас скученность зубов или щели между зубами? | ДА | НЕТ |
| Стискиваете ли Вы зубы или скрепите зубами днем или ночью? | ДА | НЕТ |
| Страдаете ли Вы головной болью (мигренью)? | ДА | НЕТ |
| Есть ли у Вас такие привычки, как например, грызть ногти, разгрызать лед, держать зубами предметы? | ДА | НЕТ |
| Есть ли у Вас проблемы со сном, просыпаетесь ли Вы с головной болью или чувством ощущения собственных зубов? | ДА | НЕТ |
| Носите ли Вы или носили когда-нибудь каппы? | ДА | НЕТ |

**ХАРАКТЕРИСТИКА УЛЫБКИ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вы хотите изменить что-нибудь во внешнем виде Ваших зубов? | ДА | НЕТ |
| Вы когда-нибудь отбеливали зубы? | ДА | НЕТ |
| Чувствуете ли Вы дискомфорт, неуверенность, стеснение из-за того, как выглядят Ваши зубы? | ДА | НЕТ |
| Были ли Вы когда-нибудь разочарованы результатом предыдущих стоматологических пломб, коронок? | ДА | НЕТ |
| Мы восстанавливаем улыбку, которая у Вас была раньше, или создаем такую, которой у Вас никогда не было? | ДА | НЕТ |

**СТРУКТУРА ЗУБОВ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Лечили ли Вы зубы от кариеса в последние 3 года? | ДА | НЕТ |
| Страдаете ли Вы сухостью полости рта? | ДА | НЕТ |
| Есть ли у Вас чувствительность зубов на горячее, холодное или сладкое, как при пережёвывании, так и при приеме жидкости? | ДА | НЕТ |
| Есть ли у Вас какие-либо углубления, зазубрины или трещины на зубах рядом с дёснами? | ДА | НЕТ |
| У Вас когда-либо ломались или трескались зубы, выпадали пломбы? | ДА | НЕТ |
| Застревает ли пища между зубами, как регулярно? | ДА | НЕТ |

**ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Кровоточат ли десны во время еды, чистки щеткой или зубной нитью? | ДА | НЕТ |
| Проводилось ли когда-либо лечение десен? | ДА | НЕТ |
| Вы когда-либо ощущали неприятный привкус во рту или неприятный запах? | ДА | НЕТ |
| Страдает ли кто-нибудь из Ваших родственников заболеваниями дёсен? | ДА | НЕТ |
| Отмечали ли Вы увеличение видимой длины коронки зуба (рецессия десны)? | ДА | НЕТ |
| Выпадали ли у Вас зубы? | ДА | НЕТ |
| Не возникало ли у ВАС чувство жжения в полости рта? | ДА | НЕТ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Когда Вам проводилось последнее стоматологическое лечение и что было выполнено? | | |
| Остались ли вы довольным результатом последнего стоматологического лечения? | ДА | НЕТ |
| Какова причина обращения к стоматологу сейчас? | | |
| Вам кажется, что лечение необходимо? | ДА | НЕТ |

Выезжали ли Вы за пределы РФ в течение последних трех месяцев? \_\_\_\_\_\_

Если выезжали, укажите страну \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

При ответе на вопросы данной Анкеты я сообщил(а) правдивые сведения. Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Отвечая на вопросы в Анкете, я осознаю, что**

* успешность стоматологического лечения может зависеть от наличия и степени развития общих заболеваний организма.
* сообщаемые мной сведения составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.
* сведения о состоянии здоровья необходимо периодически обновлять.
* результаты лечения (выполнения работ) зависят от состояния моего здоровья.
* гарантии на каждую выполненную Исполнителем работу (услугу) будут определяться с учетом моего здоровья.
* в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога, мне нужно сообщать об этом врачу.

**Я информирован(а) о необходимости выполнения ортопантомограммы или дентальной компьютерной томографии перед стоматологическим лечением и о том, что при необходимости дополнительно могут понадобиться прицельные рентгеновские снимки зубов.**

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись пациента, расшифровка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ФИО врача стоматолога, ознакомившегося с медицинской анкетой | Дата | Подпись |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |