

**АНКЕТА О ЗДОРОВЬЕ**

Отвечая положительно на вопросы анкеты, отметьте «✓» по каждому пункту. Сообщаемые Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

Заболевания центральной и периферической нервной системы	Инфекционные заболевания какие: _____
Заболевания легких (в том числе бронхиальная астма)	Последнее общемедицинское обследование проводилось в _____ году
Заболевания желудочно-кишечного тракта	Наблюдалась аллергические реакции на _____
Заболевания печени	Проводилась лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет
Заболевания почек	Операции
Эндокринная патология	Постоянно или периодически принимает лекарственные препараты. Какие: _____
Травмы и сотрясение головного мозга	Состоит на учете в лечебном учреждении
Заболевания сердца и сосудов <input type="checkbox"/> повышение АД _____/_____ <input type="checkbox"/> понижение АД _____/_____ Укажите рабочее АД _____/_____	Выезжал(а) ли Вы из г. Тюмени и из Тюменской области за последние 6 месяцев _____
Заболевание крови	Наличие болей и щелканье в нижнечелюстном суставе • справа и/или • слева
Заболевания ЛОР органов <input type="checkbox"/> уха, <input type="checkbox"/> горла, <input type="checkbox"/> носа	Кровоточивость десен при чистке зубов • периодическая, • постоянная
Заболевания глаз	Проводилось ли ранее ортодонтическое лечение (исправление прикуса)
Заболевание костной системы, суставов	Была ли ранее травма зубов
Заболевания кожи	Появление трещин губ, заед.
Проводилось ли исследование на СПИД. Результат: + <input type="checkbox"/> , - <input type="checkbox"/> .	Появление герпеса «простуды» на губах с периодичностью ____ раза в год.
Грибковые заболевания	Бруксизм (ночное скрежетание зубов)
Была длительная необъяснимая лихорадка	Периодическое появление язв в полости рта
Постоянно увеличены лимфатические узлы	Периодическая или постоянная сухость во рту
Является донором	Хотелось бы изменить <input type="checkbox"/> цвет <input type="checkbox"/> форму зубов
Проводились переливания крови (когда: _____)	Вредные привычки <input type="checkbox"/> курение <input type="checkbox"/> алкоголь <input type="checkbox"/> наркотики <input type="checkbox"/> _____
Проводились инъекции за последние 6 месяцев	Чувствую запах изо рта

Я искренне ответил(а) на пункты анкеты. Дополнительно хочу сообщить о состоянии здоровья следующее:

- Мне известно, что сведения о состоянии здоровья надо периодически обновлять.
- Мне известно, что результаты лечения (выполнения работ) зависят от состояния моего здоровья.
- Мне известно, что гарантии на каждую выполненную Исполнителем работу будут определяться с учетом моего здоровья.
- Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога, мне надо сообщать об этом врачу.
- Я информирован(а) о необходимости выполнения рентгенологического исследования перед стоматологическим лечением и что при необходимости надо будет дополнительно сделать прицельные рентгеновские снимки зубов.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_

Доверенное лицо: \_\_\_\_\_