

## АНКЕТА ПАЦИЕНТА

ФИО: \_\_\_\_\_

ДАТА РОЖДЕНИЯ: \_\_\_\_\_ Г.

**Как Вы узнали о нас:**

- от наших пациентов \_\_\_\_\_
- от наших сотрудников \_\_\_\_\_  вывеска  поиск в сети интернет  Instagram  Facebook

**Укажите Ваш мобильный телефон:**

+7

Ваш E-mail: \_\_\_\_\_

**Предпочтительный способ коммуникации с Вами:**

- сообщения в Whatsapp  телефонный звонок  СМС-оповещение

Кому, кроме Вас лично, Вы разрешаете передавать напоминание о запланированном визите к стоматологу (укажите телефон):

- никому  +7

*Успешность стоматологического лечения может зависеть от наличия или отсутствия общих заболеваний организма. Ответы на нижеприведенные вопросы помогут правильно составить план лечения, обеспечить безопасность и эффективность проведения лечебных мероприятий.*

**Пожалуйста, опишите свою основную жалобу и пожелания (например - не нравится цвет зубов, кровоточивость десен, зубная боль)**

---

**ПОСТАВЬТЕ ГАЛОЧКУ ЕСЛИ ВАС БЕСПОКОИТ:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Кровоточивость при чистке зубов     | <input type="checkbox"/> Необходимо протезирование зубов   |
| <input type="checkbox"/> Кариес, некачественные пломбы       | <input type="checkbox"/> Неровные зубы/неправильный прикус |
| <input type="checkbox"/> Зубы требующие удаления             | <input type="checkbox"/> Запах изо рта                     |
| <input type="checkbox"/> Зубной налет/ изменение цвета зубов | <input type="checkbox"/> Кашель                            |

**ПОСТАВЬТЕ ГАЛОЧКУ ЕСЛИ ВЫ ОТМЕЧАЛИ У СЕБЯ:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Скрип зубами ночью (со слов окружающих)    | <input type="checkbox"/> Боль в области сустава нижней челюсти (справа / слева)  |
| <input type="checkbox"/> Травма зубов                               | <input type="checkbox"/> Щелчок в области сустава нижней челюсти (справа / слева)                                      |
| <input type="checkbox"/> Заклинивание челюсти (трудно раскрыть рот) | <input type="checkbox"/> Ранее проводилось ли Вам ортодонтическое лечение (брекет-системой / пластинками / аппаратами) |
| <input type="checkbox"/> Скрип зубами в течение дня                 | <input type="checkbox"/> (Для женщин): беременны ли Вы? Укажите срок: ____ недель                                      |
| <input type="checkbox"/> Стискивание зубов в течение дня            | <input type="checkbox"/> (Для женщин): кормите ли Вы грудью?   |
| <input type="checkbox"/> Усталость жевательных мышц при пробуждении |  |
| <input type="checkbox"/> Затрудненное носовое дыхание               |  |
| <input type="checkbox"/> Повышенный рвотный рефлекс                 |  |
| <input type="checkbox"/> Повышенная чувствительность зубов          |  |

**ЕСТЬ В ДАННЫЙ МОМЕНТ ИЛИ БЫЛИ РАНЕЕ СИМПТОМЫ / ЗАБОЛЕВАНИЯ:**

- Аллергия на :  лекарства  пыль  пыльца  животные  продукты питания

Как проявляется аллергия: \_\_\_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Болезни органов дыхания: бронхиальная астма / туберкулез / синуситы | <input type="checkbox"/> Повышенное/пониженное давление ____ / ____ мм.рт.ст.     |
| <input type="checkbox"/> Инсульт /эпилепсия /судороги  | <input type="checkbox"/> Кардиостимулятор / искусственный клапан сердца           |
| <input type="checkbox"/> Нарушение свертываемости крови                                      | <input type="checkbox"/> Заболевания ЖКТ  |
| <input type="checkbox"/> Гепатит: А / В / С  | <input type="checkbox"/> Стоите на учете в лечебном учреждении: да / нет          |
| <input type="checkbox"/> Заболевания сердца и сосудов  | <input type="checkbox"/> Операции /травмы /автоаварии                             |
| <input type="checkbox"/> СПИД и др. венерические заболев.                                    | <input type="checkbox"/> Курите ли вы? Стаж: ____ лет                             |
| <input type="checkbox"/> Диабет, гормональные расстройства                                   | <input type="checkbox"/> Регулярно принимаете какие-либо лекарственные препараты. |
| <input type="checkbox"/> Проводился общий наркоз   |   |

Какие: \_\_\_\_\_.

Последнее посещение врача-стоматолога: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г.

Последнее прохождение проф.гигиены: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ г.

Дата: \_\_\_\_\_ г.; Подпись: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (ФИО)