

Приложение к амбулаторной карте (заполняется пациентом)

Прочитайте анкету и ответьте на вопросы (обведите правильный ответ). Достоверная информация необходима для безопасности Вашего здоровья и эффективности стоматологического лечения.

№ п/п	Вопросы	Варианты ответов
1	Согласны ли Вы передавать данные о Вашем приеме в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)? Пояснение: данные о Вашем лечении будут доступны на Госуслугах. Если Да, то запишите Ваш СНИЛС:	Да Нет
2	Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением общего врача (терапевт, эндокринолог и т.д.) ? По какой причине?	Да Нет
3	Принимаете ли Вы постоянно лекарственные препараты? Какие:	Да Нет
4	Принимаете ли Вы препараты группы бисфосфонатов (предназначены для профилактики и лечения остеопороза – убыль костной ткани, например: Золендронат, Клодронат и др.)	Да Нет
5	Были у Вас: инфаркт миокарда, стенокардия, хирургические операции на сердце, нарушение ритма?	Да Нет
6	Страдаете ли Вы повышением (понижением) артериального давления?	Да Нет
7	Страдаете ли Вы ревматизмом, ревматическим поражением сердца, врожденными пороками сердца?	Да Нет
8	Были ли у Вас гепатит или другие заболевания печени?	Да Нет
9	Страдаете ли Вы заболеванием почек?	Да Нет
10	Болеете ли Вы туберкулезом?	Да Нет
11	Болеете ли Вы сахарным диабетом?	Да Нет
12	Страдаете ли Вы заболеванием щитовидной железы?	Да Нет
13	Страдаете ли Вы заболеванием системы крови?	Да Нет
14	Имеются ли у Вас заболевания дыхательной системы, бронхиальная астма?	Да Нет
15	Бывают ли у Вас припадки, обмороки?	Да Нет
16	Бывают ли у Вас аллергические реакции (лекарственные препараты, пищевые продукты и др.)? На что:	Да Нет
17	Были ли у Вас травмы головы, шеи?	Да Нет
18	Страдаете ли Вы какими - либо венерическими заболеваниями, ВИЧ инфекцией?	Да Нет
19	Для женщин: Вы беременны?	Да Нет
20	Имеете ли Вы какие-либо другие серьезные сопутствующие заболевания или перенесенные операции? Какие?	Да Нет
21	Наблюдались ли у Вас в предыдущем стоматологическом лечении:	
	Аллергическая реакция	Да Нет
	Продолжительное кровотечение	Да Нет
	Какие-либо осложнения во время или после стоматологического лечения	Да Нет
22	Связана ли Ваша работа с вредными условиями труда? Какими:	Да Нет
23	Проводились ли у Вас костные операции с применением металлических штифтов, спиц, пластин? Если да, то какие:	Да Нет
24	Проводилось ли Вам переливание крови? Являетесь ли Вы донором?	Да Нет
25	Хорошо ли Вы переносите обезболивание?	Да Нет
26	Имеется ли у Вас кровоточивость десен при чистке зубов?	Да Нет
27	Бывают ли у Вас гнойные воспаления в челюстно-лицевой области?	Да Нет
28	Бывают ли у Вас высыпания на слизистой оболочке рта?	Да Нет
29	Есть ли у Вас привычка скрежетать зубами?	Да Нет
30	Вы курите? Как часто:	Да Нет
31	Причины потери Ваших зубов: разрушение вследствие кариеса, подвижность зубов при пародонтите, воспалительный процесс (нужное подчеркнуть)	
32	Когда Вы были у стоматолога последний раз?	
33	С какой периодичностью Вы посещаете стоматолога?	
34	Добавьте то, что считаете важным:	

Дата _____ Ф.И.О. _____ Подпись _____