

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Пожалуйста, заполните разборчиво!

Эти сведения будут использованы исключительно для связи клиники с Вами.

Фамилия	
Имя	
Отчество	
Дата рождения (число, месяц, год)	
Домашний адрес	
Телефон мобильный	
Телефон домашний	
Место работы	
Профессия	
E-mail	
Сформулируйте, пожалуйста, основную проблему(ы), с которой Вы к нам обратились	
<hr/>	

Если Вы намерены оплачивать лечение членов Вашей семьи или иных лиц, укажите для каждого фамилию, имя, отчество.

<hr/>
<hr/>

Информация о моем состоянии здоровья может быть сообщена моему законному представителю (доверенному лицу), ФИО, адрес, телефон

<hr/>
<hr/>

Своевременно сообщайте об изменениях вышеперечисленных данных администратору клиники.

Подпись пациента _____

Дата _____

Откуда вы узнали о нас?

вывеска клиники

социальные сети (Facebook, Instagram, нужно подчеркнуть)

другая реклама в интернете (сайты, форумы, реклама в интернете и т.д.)

по рекомендации знакомых (укажите Ф.И.О.) _____

другое (укажите свой вариант) _____

СПАСИБО!

Анкета о состоянии здоровья

ПОЖАЛУЙСТА, прочтите внимательно и ответьте на все вопросы! Информация о Вашем здоровье нужна для эффективного и безопасного стоматологического лечения. Неверная или неполная информация может повредить Вашему здоровью. Если вопрос непонятен или Вы не уверены в ответе, обсудите это с врачом. Сообщайте нам обо всех изменениях в состоянии Вашего здоровья при первой возможности. Отметьте нужный ответ галочкой.

Наблюдались ли у Вас проявления аллергии	да	нет
Если да, то на что _____		
Как проявляется: покраснение, сыпь, зуд, отек, слезотечение, анафилактический шок или другое _____		
Находитесь ли вы под наблюдением врача другого профиля?	да	нет
Если да, укажите причину: _____		
Принимаете ли Вы какие-нибудь лекарства?	да	нет
Если да, укажите какие: _____		
Имеете ли Вы острые или хронические заболевания в настоящее время (или были в прошлом):		
Заболевания сердца и сосудов (в т.ч. инфаркт, инсульт, гипертония, кардиостимулятор)	да	нет
Если да, то когда _____		
Хронический гайморит, тонзиллит	да	нет
Болезни органов дыхания (в т.ч. бронхиальная астма)	да	нет
Заболевания крови (в т.ч. гемофилия)	да	нет
Болезни иммунной системы (в т.ч. ревматизм и др.)	да	нет
Инфекционные болезни (гепатит, ВИЧ, др.)	да	нет
Заболевания желудочнокишечного тракта	да	нет
Заболевания мочеполового тракта (в том числе заболевания почек)	да	нет
Заболевания центральной нервной системы	да	нет
Психологические расстройства	да	нет
Нарушение обмена веществ (диабет, болезни щитовидной железы)	да	нет
Онкологические заболевания, если да, то какие? _____	да	нет
Другие (укажите какие) _____		
Были ли у Вас травмы головы, шеи, позвоночника? Попадали ли Вы в серьезные аварии?	да	нет
Если да, когда и какие? _____		
Были ли у Вас операции? В том числе с интубацией	да	нет
Если да, когда и какие? _____		

Подвергались ли Вы рентгеновским исследованиям, лучевой терапии за последний год?	да	нет
Если да, то когда? _____		
Для женщин: если Вы беременны, пожалуйста, укажите срок беременности _____	да	нет
Курите ли Вы?	да	нет
Сколько сигарет в день? _____		
Потребляете ли вы альтернативные источники никотина (ICOS, ICOS, кальян)	да	нет
Если да, то какие? _____		
Как бы Вы описали свое психологическое состояние? (подчеркните подходящее описание)	да	нет
Довольное, Грустное, Спокойное, Возбужденное, Самоконтроль, Недостаток самоконтроля		

Стоматологический анамнез

Посещаете ли Вы врача - стоматолога регулярно? Когда в последний раз, какое лечение проводилось? _____	да	нет
Боитесь ли Вы лечиться у стоматолога?	да	нет
Посещаете ли Вы гигиениста стоматологического регулярно? Когда последний раз? _____	да	нет
Бывает ли у вас неприятный запах из полости рта?	да	нет
Был ли у Вас когда-либо неприятный опыт лечения у стоматолога?	да	нет
Проводилось ли Вам когда-либо ортодонтическое лечение или избирательное сошлифовывание зубов?	да	нет
Проводилось ли Вам лечение с использованием каппы?	да	нет
Скрипите ли Вы зубами или стискиваете их?	да	нет
Вам кажется, что сейчас стоматологическое лечение необходимо?	да	нет
Считаете ли вы, что ваше состояние серьезно?	да	нет

Оценка
1-3

Оцените степень по 3х балльной шкале

Отмечаете ли Вы, что стараетесь найти наиболее комфортное положение челюстей при смыкании зубов?	да	нет	
Отмечаете ли Вы выраженную чувствительность в области каких-либо зубов?	да	нет	
Ощущали ли Вы когда-либо боль при широком открывании рта, например при зевании?	да	нет	
Отмечаете ли Вы шумы в области височно-нижнечелюстного сустава?	да	нет	
Испытывали ли Вы болезненность в области сустава?	да	нет	
Страдаете ли Вы от головных болей?	да	нет	
Отмечали ли Вы когда либо спазмы в области головы, шеи и горла?	да	нет	
Есть ли у Вас проблемы с осанкой?	да	нет	
Хронический гайморит или тонзиллит	да	нет	
Окклюзионный индекс (заполняется доктором)			

Оценка
1-3

Оцените степень по 3х балльной шкале

Бывает ли у Вас чувство усталости в жевательных мышцах по утрам после пробуждения?	да	нет	
Наблюдаются ли боль или щелчки в височно-нижнечелюстном суставе?	да	нет	
Были ли у Вас проблемы с жеванием?	да	нет	
Имели ли Вы проблемы с дикцией?	да	нет	

Насколько мне известно, я внимательно и правдиво ответил(а) на все вопросы.

Дата заполнения «__» _____ 20__ г.

Подпись _____/_____