Мы гарантируем, что сведения, указанные Вами в анкете будут использованы только для подбора лечения с учетом Вашего здоровья и не будут доступны посторонним лицам.

Спасибо за предоставленную информацию!

Анкета здоровья пациента

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

Возраст (дд/мм/гггг) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пол (м/ж) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер телефона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Профессия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Хобби \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Вопросы о здоровье | Да | Нет |
| 1. | Были ли у Вас аллергические реакции, если да, то на что? |  |  |
| 2. | Как проявляются аллергические реакции: кожная сыпь, насморк, конъюктивит, отек Квинке, приступы удушья, анафилактический шок, другое (нужное подчеркнуть) |  |  |
| 3. | Принимаете ли Вы Бисфосфонаты?  |  |  |
| 4. | Бывает ли у Вас головокружение, потеря сознания, обмороки, одышка и т.д. при введении анестетиков и других лекарственных препаратов? (Нужное подчеркнуть) |  |  |
| 5. | Были/есть ли у Вас заболевания: |  |  |
| а) | Сердца, сосудов (наличие кардиостимулятора, аритмия, стенокардия, инфаркт, гипертоническая болезнь, др.)? Если да, укажите какое |  |  |
| б) | Крови? Если да, укажите какое |  |  |
| в) | Щитовидной железы (гормонотерапия)? |  |  |
| г) | Желудочно-кишечного тракта? |  |  |
| д) | Кожи (дерматиты, экзема)? |  |  |
| 6. | Были/есть онкологические заболевания? Если да, укажите какого характера |  |  |
| 7. | Были/есть заболевания инфекционного характера (гепатиты, туберкулез и др.)? Если да, укажите какие |  |  |
| 8. | Были/есть заболевания центральной и периферической нервной системы? |  |  |
| 9. | Сахарный диабет? Если да, укажите какой тип |  |  |
| 10.  | Были/есть венерические заболевания (ВИЧ, сифилис)? |  |  |
| 11. | Были/есть заболевания ЛОР органов? |  |  |
| 12. | Были/есть заболевания височно- нижнечелюстного сустава? |  |  |

 Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пожалуйста, переверните страницу для дальнейшего заполнения анкеты ➔

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Да | Нет |
| 13. | Бывает ли у Вас повышенное артериальное давление?  |  |  |
| 14. | Бывает ли у Вас пониженное артериальное давление? |  |  |
| 15. | Вредные привычки? |  |  |
| 16. | Бруксизм (ночное скрежетание зубами, стискивание челюстей)? |  |  |
| 17. | Нарушение свертываемости крови, кровоточивость, плохое заживление ран и царапин (нужное подчеркнуть) |  |  |
| 18. | Принимаете ли Вы лекарственные препараты? Если да, укажите какие |  |  |
| 19. | Имеются ли у Вас другие проблемы со здоровьем о которых Вам известно? Если да, то какие? |  |  |
| 20. | Были ли у Вас оперативные вмешательства? Если да, то по поводу чего? |  |  |
| 21. | Состоите ли Вы на учете в наркологическом диспансере? |  |  |
| 22. | Состоите ли Вы на учете в психоневрологическом диспансере? |  |  |
| 23. | Находитесь ли Вы в данный момент под наблюдением врача? Если да, то указать какого |  |  |
| 24. | Получаете ли Вы какое-либо немедикаментозное лечение (физиотерапия, химиотерапия, лучевая терапия)? |  |  |
|  | Для пациентов женского пола: |  |  |
| 25.  | Беременны ли Вы? Если да, укажите срок |  |  |
| 26. | Кормите ли Вы грудью? |  |  |
| 27. | Есть ли у Вас гормональные нарушения? |  |  |
| 28. | Дополнительная информация, которую Вы считаете нужным указать |  |  |

Последнее посещение стоматолога проводилось в \_\_\_\_\_\_\_ году

Какую стоматологическую проблему Вы хотели бы решить? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Из каких источников Вы узнали о нашей стоматологической клинике:

1. Google ◻ 6) Facebook ◻
2. Yandex ◻ 7) Наша вывеска «Дентал Даймонд» ◻
3. Instagram ◻ 8) Другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Печатная реклама \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. По рекомендации от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Укажите ФИО друга, чтобы мы могли выразить ему свою благодарность)

Важные критерии при выборе клиники: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Хотели бы Вы получать информацию о наших редких закрытых предложениях?

|  |  |
| --- | --- |
| По телефону? |  |
| Через WhatsApp? |  |
| По E-mail? |  |

«\_\_» \_ «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» 20\_\_г. Подпись пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Подпись врача:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_