

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ ДЛЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Конфиденциально

Предоставленные сведения являются конфиденциальными и помогут при оказании стоматологической помощи

Фамилия (укажите также прежние)		Имя																									
персональный код		Телефон																									
Адрес		Место проживания																									
<p>Имеются ли у Вас симптомы, связанные с состоянием зубов или рта? да нет</p> <p>Какие симптомы? _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Считаете ли Вы состояние своего здоровья хорошим? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Проходили ли Вы постоянное лечение у врача или в больнице? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Проходили ли Вы лучевую терапию области головы или шеи? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Возникали ли у Вас проблемы, связанные с местной анестезией? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		<p>Вы беременны? время родов: _____ да нет <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Курите или употребляете жевательный табак? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Сколько сигарет в день? _____</p> <p>Употребляете ли Вы</p> <p><input type="checkbox"/> алкоголь <input type="checkbox"/> наркотические средства</p> <p><input type="checkbox"/> ежедневно <input type="checkbox"/> 1-3 раза/нед. <input type="checkbox"/> 1-3 раза/мес.</p> <p><input type="checkbox"/> редко <input type="checkbox"/> никогда</p>																									
<p>Если у Вас имеются какие-либо из перечисленных болезней или симптомов, отметьте их крестиком</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> сердечно-сосудистые заболевания</td> <td><input type="checkbox"/> заболевание щитовидной железы</td> <td><input type="checkbox"/> заболевание почек</td> <td><input type="checkbox"/> заболевание печени</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> кардиостимулятор, искусственный клапан</td> <td><input type="checkbox"/> ревматизм, ревматическая лихорадка</td> <td><input type="checkbox"/> повышенное кровяное давление</td> <td><input type="checkbox"/> искусственный сустав</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> гепатит В <input type="checkbox"/> гепатит С</td> <td><input type="checkbox"/> заболевание крови, анемия</td> <td><input type="checkbox"/> склонность к кровотечениям</td> <td><input type="checkbox"/> язва желудка</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ВИЧ-инфекция (СПИД)</td> <td><input type="checkbox"/> эпилепсия</td> <td><input type="checkbox"/> диабет</td> <td><input type="checkbox"/> повторяющиеся головные боли</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> психическое заболевание</td> <td><input type="checkbox"/> заболевание легких, астма</td> <td><input type="checkbox"/> рак _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> другое общее заболевание:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> сердечно-сосудистые заболевания	<input type="checkbox"/> заболевание щитовидной железы	<input type="checkbox"/> заболевание почек	<input type="checkbox"/> заболевание печени	<input type="checkbox"/> кардиостимулятор, искусственный клапан	<input type="checkbox"/> ревматизм, ревматическая лихорадка	<input type="checkbox"/> повышенное кровяное давление	<input type="checkbox"/> искусственный сустав	<input type="checkbox"/> гепатит В <input type="checkbox"/> гепатит С	<input type="checkbox"/> заболевание крови, анемия	<input type="checkbox"/> склонность к кровотечениям	<input type="checkbox"/> язва желудка	<input type="checkbox"/> ВИЧ-инфекция (СПИД)	<input type="checkbox"/> эпилепсия	<input type="checkbox"/> диабет	<input type="checkbox"/> повторяющиеся головные боли	<input type="checkbox"/> психическое заболевание	<input type="checkbox"/> заболевание легких, астма	<input type="checkbox"/> рак _____		<input type="checkbox"/> другое общее заболевание:			
<input type="checkbox"/> сердечно-сосудистые заболевания	<input type="checkbox"/> заболевание щитовидной железы	<input type="checkbox"/> заболевание почек	<input type="checkbox"/> заболевание печени																								
<input type="checkbox"/> кардиостимулятор, искусственный клапан	<input type="checkbox"/> ревматизм, ревматическая лихорадка	<input type="checkbox"/> повышенное кровяное давление	<input type="checkbox"/> искусственный сустав																								
<input type="checkbox"/> гепатит В <input type="checkbox"/> гепатит С	<input type="checkbox"/> заболевание крови, анемия	<input type="checkbox"/> склонность к кровотечениям	<input type="checkbox"/> язва желудка																								
<input type="checkbox"/> ВИЧ-инфекция (СПИД)	<input type="checkbox"/> эпилепсия	<input type="checkbox"/> диабет	<input type="checkbox"/> повторяющиеся головные боли																								
<input type="checkbox"/> психическое заболевание	<input type="checkbox"/> заболевание легких, астма	<input type="checkbox"/> рак _____																									
<input type="checkbox"/> другое общее заболевание:																											
<p>Имеется ли у Вас гиперчувствительность или аллергия на лекарства или другие вещества (например антибиотики на основе сульфаниламидов, пенициллин, латекс, пищевые продукты) <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет</p> <p>На что именно?</p>																											
<p>Принимаете ли Вы регулярно лекарства? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет</p> <p>Какие лекарства?</p>																											
<p>Чистка зубов: <input type="checkbox"/> реже, чем раз в день <input type="checkbox"/> раз в день <input type="checkbox"/> два раза в день <input type="checkbox"/> более двух раз в день</p> <p>Зубная щетка: <input type="checkbox"/> обычная <input type="checkbox"/> электрическая Использование пасты со фтором: <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> не знаю</p> <p>Чистка промежутков между зубами: <input type="checkbox"/> да, чем? _____ <input type="checkbox"/> нет</p> <p>Как часто Вы чистите промежутки между зубами? <input type="checkbox"/> ежедневно <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> реже</p> <p>Употребление ксилита: <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет</p> <p>Приемы пищи: <input type="checkbox"/> макс. 6 раз в день <input type="checkbox"/> более 6 раз в день Употребление подсластителей в кофе/чае <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет</p> <p>Употребление сахаросодержащих и кислых напитков: <input type="checkbox"/> несколько раз в день <input type="checkbox"/> ежедневно <input type="checkbox"/> еженедельно <input type="checkbox"/> редко</p> <p>Другие моменты, которые необходимо учесть при лечении зубов: _____</p>																											
Прочая дополнительная информация:																											
Дата:		Подпись:																									