



# АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

Успешность стоматологического лечения может зависеть от наличия и степени развития общих заболеваний организма. Вот почему врачу важны сведения о состоянии Вашего здоровья. Они помогут правильно составить план лечения, дать обоснованные гарантии на выполненную работу.

Отвечая на вопросы анкеты, надо давать ответы "Да" или "Нет" по каждому пункту. Сообщённые Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

Последнее посещение врача стоматолога \_\_\_\_\_ (месяц и год).

Находились ли Вы в настоящее время под наблюдением врача, .....  да  нет  
если "Да", то по какой причине?

Принимаете ли Вы в настоящее время какие-нибудь лекарства? Если "Да" то какие? .....  да  нет

## Перенесённые и сопутствующие заболевания

*(Нужное подчеркнуть)*

- Повышенное или пониженное артериальное давление.....  да  нет
- Инфаркт миокарда, стенокардия, аритмия, операции на сердце, .....  да  нет
- наличие кардиостимулятора
- Ревматизм, пороки сердца, другие заболевания сердца .....  да  нет
- Инсульт, паралич, парез, обмороки .....  да  нет
- Заболевания легких, бронхиальная астма, туберкулез .....  да  нет
- Заболевания печени, гепатит, цирроз, другие .....  да  нет
- Заболевания желудочно-кишечного тракта .....  да  нет
- Заболевания почек и мочевыводящих путей .....  да  нет
- Заболевания крови, анемия, гемофилия, нарушение свертываемости .....  да  нет
- Заболевания ЛОР-органов .....  да  нет
- Глаукома .....  да  нет
- Сахарный диабет, заболевания щитовидной железы и другие гормональные .....  да  нет
- нарушения
- Заболевания костной системы, суставов .....  да  нет
- Венерические заболевания, ВИЧ .....  да  нет
- Злокачественные образования, химиотерапия, радиологическое лечение .....  да  нет
- Хирургические операции, переливания крови .....  да  нет
- Травмы, сотрясения и ушибы головного мозга .....  да  нет
- Эпилепсия и другие заболевания нервной системы .....  да  нет
- Психические заболевания .....  да  нет

## Аллергические реакции

- |  |                             |                              |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| - На местные анестетики .....            | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| - На антибиотики .....                   | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| - На сульфаниламиды .....                | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| - На препараты йода и хлора .....        | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| - На другие лекарственные препараты..... | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| - На бытовые вещества и продукты .....   | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |

## Стоматологический анамнез

- |   |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| - Наличие болей и щелканья в височно-нижнечелюстном суставе .....         | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| - Кровоточивость дёсен при чистке зубов (периодическая, постоянная) ..... | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| - Появление герпеса, трещин, заед на губах, язвочек в полости рта .....   | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| - Бруксизм (ночное скрежетание зубами) .....                              | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| - Периодическая и постоянная сухость во рту, запах изо рта .....          | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| - Вредные привычки (курение, прием алкоголя, наркотических средств) ..... | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| - Хотелось бы изменить цвет (отбелить зубы) .....                         | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| - Хотелось бы изменить форму зубов .....                                  | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |

## Для женщин

- |  |                             |                              |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| - Беременность или кормление грудью в настоящее время .....  | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| Имеется ли нарушение менструального цикла, климакс .....     | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| Принимаете ли гормональные противозачаточные препараты ..... | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> нет |
| Добавьте, что считаете нужным о своем здоровье.....          |                             |                              |
| .....  |                             |                              |

Я искренне ответил(а) на пункты анкеты.

Я понимаю, что сведения о состоянии здоровья надо периодически обновлять.

Мне понятно, что результаты лечения зависят от состояния моего здоровья.

Мне известно, что гарантии на каждую выполненную Исполнителем работу будут определяться с учетом моего здоровья.

Я знаю, что в случае приёма лекарственных препаратов, наркотических средств и алкоголя перед стоматологическим вмешательством, мне надо об этом сообщить врачу.

Я информирован(а) о необходимости выполнения ортопантограммы перед стоматологическим лечением и о том, что при необходимости надо будет дополнительно сделать прицельные рентгеновские снимки зубов.

дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

подпись пациента

\_\_\_\_\_

ф.и.о.

**Жалобы** пациента на момент первичного осмотра (причины обращения к стоматологу):

---

---

---

---

**Развитие** настоящего заболевания:

---

---

---

**Внешний осмотр:**

---

---

---

**Осмотр** полости рта:

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28												
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38												
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

Обозначения: **С** — кариес; **Р** — пульпит; **Pt** — периодонтит; **К** — корень; **Кл/д** — клиновидный дефект; **О** — отсутствует; **П** — пломба, **К** — коронка; **И** — искусственный зуб; **Пс** — рецидив кариеса; **Пд** — дефектная пломба; **Кд** — дефектная коронка; **Рет** — ретенция; **Имп** — имплантат; **А** — пародонтит (оз); **I, II, III** — степени подвижности.

**Состояние** слизистой полости рта, десны

---

---

---

ИГ \_\_\_\_\_ КПУ \_\_\_\_\_

Прикус: \_\_\_\_\_