

Имя, фамилия пациента:

Идентификационный номер пациента:

Дата рождения:

I. ОБВЕДИТЕ ОТВЕТ КРУЖКОМ (не обводите, если Вы не поняли вопрос):

1. Да Нет Здоровы ли Вы, в общем и в целом?
2. Да Нет Изменилось ли состояние Вашего здоровья за последний год?
3. Да Нет Лечились ли Вы в больнице или обращались ли Вы к врачу в связи с серьезным заболеванием в течение последних 3 лет?
Если Да, укажите заболевание: _____
4. Да Нет Проходите ли Вы лечение в настоящее время? Укажите, по какой причине: _____
Дата последнего медицинского обследования: _____
Дата последнего стоматологического обследования: _____
5. Да Нет Возникали ли у Вас проблемы в процессе стоматологического лечения?
6. Да Нет Чувствуете ли Вы боли в настоящее время?

II. НАБЛЮДАЛИСЬ ЛИ У ВАС СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ?

- | | | | |
|------------|---|------------|------------------------------|
| 7. Да Нет | боль в груди (стенокардия) | 18. Да Нет | головокружение |
| 8. Да Нет | отечность ног | 19. Да Нет | звон в ушах |
| 9. Да Нет | одышка | 20. Да Нет | головные боли |
| 10. Да Нет | недавняя потеря веса, повышенная температура, обильный пот по ночам | 21. Да Нет | обмороки |
| 11. Да Нет | постоянный кашель, харканье кровью | 22. Да Нет | недостаточность зрения |
| 12. Да Нет | кровотечение, частое образование синяков | 23. Да Нет | судороги |
| 13. Да Нет | проблемы, связанные с околоносовыми пазухами | 24. Да Нет | чрезмерная жажда |
| 14. Да Нет | затруднения при глотании | 25. Да Нет | частое мочеиспускание |
| 15. Да Нет | поносы, запоры, крови в кале | 26. Да Нет | сухость во рту |
| 16. Да Нет | частая тошнота, рвота | 27. Да Нет | желтуха |
| 17. Да Нет | трудности при мочеиспускании, кровь в моче | 28. Да Нет | боли в суставах, скованность |

III. НАБЛЮДАЮТСЯ ИЛИ НАБЛЮДАЛИСЬ ЛИ У ВАС СЛЕДУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ?

- | | | | |
|------------|---|------------|--|
| 29. Да Нет | заболевания сердца | 40. Да Нет | СПИД |
| 30. Да Нет | сердечные приступы, порок сердца | 41. Да Нет | злокачественные опухоли, рак |
| 31. Да Нет | шумы в сердце | 42. Да Нет | артрит, ревматизм |
| 32. Да Нет | острые приступы ревматизма | 43. Да Нет | глазные заболевания |
| 33. Да Нет | инфаркт, атеросклероз | 44. Да Нет | кожные заболевания |
| 34. Да Нет | гипертония | 45. Да Нет | малокровие |
| 35. Да Нет | астма, туберкулез, эмфизема, другие заболевания легких | 46. Да Нет | венерические заболевания: сифилис, гонорея |
| 36. Да Нет | гепатит, другие заболевания печени | 47. Да Нет | герпес |
| 37. Да Нет | желудочные заболевания, язва желудка | 48. Да Нет | заболевания почек, мочевого пузыря |
| 38. Да Нет | аллергия к пище, лекарствам, мед. препаратам, латексу | 49. Да Нет | заболевания щитовидной железы, надпочечников |
| 39. Да Нет | Наблюдались ли у Ваших близких родственников диабет, болезни сердца, злокачественные опухоли? | 50. Да Нет | диабет |

IV. ПОЛЬЗУЕТЕСЬ ИЛИ ПОЛЬЗОВАЛИСЬ ЛИ ВЫ:

- | | | | |
|------------|---|------------|--|
| 51. Да Нет | психиатрическим обслуживанием? | 56. Да Нет | больничным обслуживанием? |
| 52. Да Нет | радиологическое лечением, рентгенотерапией? | 57. Да Нет | переливаниями крови? |
| 53. Да Нет | химиотерапией? | 58. Да Нет | хирургическим обслуживанием? |
| 54. Да Нет | искусственным сердечным клапаном? | 59. Да Нет | пейсмейкером (водителем ритма сердца)? |
| 55. Да Нет | искусственным суставом? | 60. Да Нет | контактными линзами? |

V. УПОТРЕБЛЯЕТЕ ЛИ ВЫ:

- | | | | |
|------------|---|------------|-----------------------|
| 61. Да Нет | наркотики или другие подобные препараты? | 63. Да Нет | табак, в любой форме? |
| 62. Да Нет | лекарства, купленные по рецепту врача или без рецепта (в т. ч. аспирин), натуральные препараты? | 64. Да Нет | алкогольные напитки? |

Пожалуйста, перечислите: _____

VI. ВОПРОСЫ ДЛЯ ЖЕНЩИН:

- | | | | |
|------------|--|------------|---|
| 65. Да Нет | Беременны ли Вы, подозреваете ли Вы у себя беременность, кормите ли Вы грудью? | 66. Да Нет | Принимаете ли противозачаточные таблетки? |
|------------|--|------------|---|

VII. ВОПРОСЫ ДЛЯ ВСЕХ:

67. Да Нет Наблюдаются или наблюдались ли у Вас другие заболевания либо проблемы медицинского характера, НЕ перечисленные выше?

Если да, укажите, какие: _____

По мере возможности, я ответил(а) на все вопросы полностью и точно. О любых изменениях в состоянии моего здоровья и/или в режиме приема лекарств я буду сообщать моему зубному врачу.

Подпись пациента: _____

Дата: _____

ПОВТОРНЫЙ ОПРОС:

1. Подпись пациента: _____ Дата: _____
 2. Подпись пациента: _____ Дата: _____
 3. Подпись пациента: _____ Дата: _____