

Шановна пацієнтко! Шановний пацієнте!

У ваших власних інтересах ми просимо вас відповісти на такі запитання до лікування, щоб ми могли задовольнити ваші індивідуальні потреби. Якщо вам потрібна допомога у заповненні форми або у вас є якісь питання, наші співробітники, звичайно ж, у вашому розпорядженні!

Актуальний та повний список ліків необхідно мати при собі на кожен прийом!

Персональні дані:

Ім'я:	Страхувальник:
Адреса:	Лікарняна каса/Самостійний платник:
.....	Номер полісу соціального страхування:
Телефон:	Дата народження:
Ел. пошта:	Додаткове страхування зі стоматології:
Сімейний лікар	Як ви дізналися про нас?
.....	

Анкета про стан здоров'я:

1) Чи приймаєте ви медикаменти? Якщо так, то які?	TAK ☐ NI ☐
2) Чи отримуєте ви регулярно ін'єкції? Якщо так, то які?	TAK ☐ NI ☐
3) Чи страждаєте ви на алергію/ непереносимість медикаментів Якщо	TAK ☐ NI ☐
4) АґаЧи страждаєте ви зараз або чи страждали ви раніше на одну з інфекційних хвороб, вказаних далі? (гепатит А, В, С, туберкульоз, ВІЛ/СНІД або інше) Якщо так, то на яку?	TAK ☐ NI ☐
5) Чи страждаєте ви зараз або чи страждали ви раніше на цукровий діабет?	TAK ☐ NI ☐
6) Ви вагітні зараз або чи можете ви бути вагітними?	TAK ☐ NI ☐
7) Чи страждаєте ви зараз або чи страждали ви раніше на остеопороз?	TAK ☐ NI ☐
8) Чи годуєте ви зараз грудьми?	TAK ☐ NI ☐
9) Чи страждаєте ви зараз або чи страждали ви раніше на епілепсію?	TAK ☐ NI ☐
10) Чи є у вас вроджена схильність до кровотеч (часті синці та/або кровотечі з носа) чи приймаєте препарати, що розріджують кров? Якщо так, яка?	TAK ☐ NI ☐

Перевірте на інший бік!

11) Ви страждаєте або страждали раніше на респіраторне захворювання? (наприклад, астма, ХОЗЛ)
Якщо

ТАК ☐ НІ ☐

12) Ви палите?

ТАК ☐ НІ ☐

Якщо так, скільки цигарок у день?

13) Чи є у вас серцево-судинне захворювання?
(наприклад, заміна клапана, високий кров'яний тиск, аритмія, інфаркт міокарда, стенокардія, серцева недостатність, схильність до непритомності)

ТАК ☐ НІ ☐

Якщо так, то яке?

14) Ви носите кардіостимулятор?

ТАК ☐ НІ ☐

15) Чи є у вас захворювання очей (наприклад, глаукома)?

ТАК ☐ НІ ☐

Якщо так, то яке?

16) Чи є у вас захворювання щитоподібної залози?

ТАК ☐ НІ ☐

Якщо так, то яке?

17) Чи є у вас захворювання нирок?

ТАК ☐ НІ ☐

Якщо так, то яке?

18) Чи є у вас захворювання органів травлення?

ТАК ☐ НІ ☐

Якщо так, то яке?

19) Чи є/було у вас онкозахворювання/
чи отримуєте/отримували ви хіміотерапію або
променеви терапію?

ТАК ☐ НІ ☐

Якщо так, то яке?

20) Ви недавно перенесли операцію?

ТАК ☐ НІ ☐

Якщо так, то яку?

21) Чи є у вас аутоімунне захворювання?

ТАК ☐ НІ ☐

Якщо так, то на яке?

22) Ви маєте імунodefіцит?

ТАК ☐ НІ ☐

23) Чи страждаєте ви розладом нервової системи або
психічним захворюванням?

ТАК ☐ НІ ☐

Якщо так, то яке?

24) Чи був у вас торік інсульт?

ТАК ☐ НІ ☐

25) Чому ви сьогодні звернулися до нас?

☐ Біль/набряк

☐ Контрольний огляд

☐ Зубний протез/Проблеми
із зубними протезами

☐ Кровоточивість

☐ Перелом зуба або пломби

☐ Консультація/Висновок іншого лікаря

ясен Інше:

26) Коли ви проходили контрольний стоматологічний огляд востаннє?

27) Чи виникає у вас кровоточивість ясен?
(наприклад, під час чищення зубів)

ТАК ☐ НІ ☐

Я розумію, що я повинен повідомляти про будь-які зміни в моїй особистій чи медичній інформації якнайшвидше. Тільки так ми можемо гарантувати найкраще лікування та догляд! Якщо ви не можете прийти на узгоджений прийом, просимо вас повідомити нас про це не пізніше ніж за 24 години!

Місце/дата:

Підпис пацієнта/опікуна: