**Анамнез общего здоровья стоматологического пациента**

|  |
| --- |
| **Дата: № карты:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ф.И.О.** | **Дата рождения:** |
| **Адрес:** | **Телефон:** |
| **Место работы:** | **Профессия:** |

***Стоматологический анамнез.*** Последнее посещение врача-стоматолога\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (месяц и год).

|  |  |
| --- | --- |
| Наличие болей, щелканья в нижнечелюстном суставе | □ ДА □ НЕТ |
| Бруксизм (скрежетание зубами) | □ ДА □ НЕТ |
| Кровоточивость десен при чистке зубов | □ ДА □ НЕТ |
| Появления герпеса («простуды») на губах \_\_\_\_\_\_\_\_раз в год | □ ДА □ НЕТ |
| Появление трещин губ, заед | □ ДА □ НЕТ |
| Периодическое появление язвочек в полости рта | □ ДА □ НЕТ |
| Периодическая сухость во рту | □ ДА □ НЕТ |
| Постоянная сухость во рту | □ ДА □ НЕТ |
| Чувствуется запах изо рта | □ ДА □ НЕТ |
| Хотелось бы изменить цвет зубов | □ ДА □ НЕТ |
| Хотелось бы изменить форму зубов | □ ДА □ НЕТ |
| Курите ли Вы регулярно | □ ДА □ НЕТ |
| Пользовался ранее протезами | □ ДА □ НЕТ |
| Бывает ли одышка, головокружение, потеря сознания и т.д. при введении анестетиков или других лекарственных препаратов | □ ДА □ НЕТ |
| Проводились ли уколы (инъекции) за последние 6 месяцев | □ ДА □ НЕТ |
| Проводилось ли переливание крови | □ ДА □ НЕТ |

***Отметьте те состояния, которые у Вас были когда-то, или имеются в настоящее время***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наличие кардиостимулятора | □да | □нет | Стенокардия | □да | □нет | Повышенная кровоточивость | □ да | □нет |
| Сердечные заболевания | □да | □нет | Аритмии | □да | □нет | Хронический бронхит | □ да | □нет |
| Высокое кровяное давление | □да | □нет | Астма | □да | □нет | Лучевая терапия химиотерапия | □ да | □нет |
| Низкое кровяное давление | □да | □нет | Пневмония | □да | □нет | Заболевания щитовидной железы | □ да | □нет |
| Заболевания почек | □да | □нет | Инсульт | □да | □нет | Забол. желудочно-кишечного тракта | □ да | □нет |
| Заболевание печени | □да | □нет | Неврозы | □да | □нет | Эпилепсия, зоболев. нервной системы | □ да | □нет |
| Сахарный диабет | □да | □нет | Туберкулёз | □да | □нет | Заболевание гайморовых пазух носа | □ да | □нет |
| Заболевания глаз | □да | □нет | Анемия | □да | □нет | СПИД | □ да | □нет |
| Венерические заболевания | □да | □нет | Гемофилия | □да | □нет | Гепатит А, В, С | □ да | □нет |

|  |  |
| --- | --- |
| Другие заболевания (указать какие) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □да □нет |
| Проводилось ли лечение других заболеваний за прошедшие дни, недели, месяцы | □да □нет |
| Состою на учете в лечебном учреждении | □да □нет |

**Для женщин**: Вы беременны (срок) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ ДА □ НЕТ кормящая \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ ДА □ НЕТ

***!!! Аллергический анамнез*.**

Аллергические реакции на (указать на что у Вас возникают аллергические реакции, в том числе и лекарственные препараты на которые возникает аллергия) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я достоверно ответил(а) на пункты анкеты. Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

2. Мне известно, что результаты лечения(выполнения работ) зависят от состояния моего здоровья.

3. Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога. Мне надо сообщить об этом врачу.

4. Я информирован(а) о необходимости выполнения ортопантомограммы перед стоматологическим лечением и по завершению плана лечения, а также о том, что при необходимости надо будет дополнительно сделать прицельные рентгеновские снимки зубов.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО).

**Разрешение на лечение ребенка до 15 лет.**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, даю согласие на лечение моего

ребенка у врача-стоматолога и в интересах сохранения здоровья и качественного оказания медицинских услуг проводить все необходимые медицинские услуги и манипуляции, в том числе анестезию и рентгенологическую диагностику.

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. Подпись законного представителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_