

## КАРТА ОПРОСА ПАЦИЕНТА

- |  |    |     |
|--|----|-----|
| 1. Ощущаете ли Вы боль или дискомфорт в настоящее время?   | Да | Нет |
| 2. Нервничаете ли Вы по поводу предстоящего стоматологического вмешательства?  | Да | Нет |
| 3. Был ли у Вас когда-нибудь негативный опыт посещения стоматолога?  | Да | Нет |
| 4. Находились ли Вы на лечении в больнице в последние 2 года?  | Да | Нет |
| 5. Находились ли Вы под наблюдением врача последние 2 года?  | Да | Нет |
| 6. Применяли ли Вы какие-либо лекарственные препараты в течение последних 2 лет?   | Да | Нет |
| 7. Проявляются ли у Вас аллергические реакции (зуд, сыпь, опухание рук, ног или глаз) при применении пенициллина, аспирина, кодеина или других препаратов? | Да | Нет |
| 8. Была ли у Вас повышенная кровоточивость, которая требовала специального лечения?  | Да | Нет |
| 9. Обведите все состояния, которые у Вас были или есть в настоящий момент:   |    |     |

Сердечная недостаточность	Туберкулез	Гепатит В (сывороточный)
Заболевания сердца или сердечный приступ	Бронхиальная астма	Гепатит С
Стенокардия	Сенная лихорадка	Переливания крови
Высокое артериальное давление	Аллергия или крапивница	Наркомания
Сердечные шумы	Диабет	Венерические заболевания
Ревматический полиартрит	Заболевания щитовидной железы	Герпес
Врожденный порок сердца	Болезни печени и желчного пузыря	Эпилепсия
Искусственный клапан сердца	Артрит	Обмороки и головокружения
Кардиостимулятор	Ревматизм	Паралич
Операции на сердце	Глаукома	Нервозность
Анемия	Боль в височно-нижечелюстном суставе	Психиатрическое лечение
Гемофилия	Скарлатина	Склонность к кровотечениям
Болезни почек	СПИД	Искусственный сустав
Болезни желудка и кишечника	Онкологические заболевания	Рентгенотерапия
Кашель	Гепатит А (инфекционный)	Химиотерапия
		Лечение гормональными препаратами

10. Приходится ли Вам останавливаться во время подъема по лестнице или ходьбы из-за боли в грудной клетке, одышки или усталости?	Да	Нет
11. Отекают ли Ваши голени на протяжении дня?	Да	Нет
12. Изменился ли Ваш вес более, чем на 4 кг за последний год?	Да	Нет
13. Просыпаетесь ли Вы от нехватки воздуха?	Да	Нет
14. Находитесь ли Вы на специальной диете?	Да	Нет
15. Имеются ли у Вас какие либо заболевания или состояния, не указанные выше?	Да	Нет
16. Для женщин:		
беременны ли Вы?	Да	Нет
пользуетесь ли Вы гормональными противозачаточными средствами?	Да	Нет
планируете ли Вы беременность?	Да	Нет

Все приведенные здесь ответы правдивы и верны. Если в состоянии моего здоровья или в проведении лечения произойдут какие-либо изменения, я сообщу об этом врачу-стоматологу в следующие посещения.

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

---

Дата

---

Подпись врача

---

Подпись пациента