**Анкета состояния здоровья**

**Дата заполнения**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Причина визита** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Фамилия Имя Отчество**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Адрес (фактический)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дом.телефон**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Моб.телефон**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дата рождения**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Пол М\_ Ж\_\_Профессия**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Согласны ли Вы получать информацию о специальных предложениях в клинике по электронной почте? \_\_\_\_\_\_\_\_ Ваш электронный адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Источник информации о центре (отметьте нужное):***

интернет 🞏, рекламный стенд у метро🞏, рекламная тумба около моста🞏, рекомендации родственников🞏, рекомендации знакомых🞏, вывеска на клинике🞏, страховая компания🞏, клиника «Доктор Лазер» 🞏

***Последующая информация является крайне важной для того, чтобы мы могли обеспечить Вас стоматологическим лечением в соответствии с Вашим общим состоянием здоровья. Предоставленная Вами информация необходима для безопасности Вашего здоровья и эффективности стоматологического лечения. Неправильная информация может повредить Вашему здоровью.***

***Данная информация является конфиденциальной, хранится и обрабатывается в соответствии с Федеральным законом о персональных данных.***

Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением терапевта?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ДА НЕТ

Если ДА, то по какой причине?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Принимаете ли Вы в настоящее время какие-нибудь лекарства? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ДА НЕТ

Если ДА, перечислите лекарства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Лечитесь ли Вы в настоящее время или лечились раньше по поводу следующих заболеваний: (если ДА, то дайте краткое описание)**

Заболевание печени, гепатит «А», «В», «С», цирроз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ДА НЕТ

Венерические заболевания, СПИД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ДА НЕТ

Аллергические реакции на обезболивающие, антибакт. и др. лекарства\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДА НЕТ

Повышенное или пониженное артериальное давление\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДА НЕТ

Инфаркт миокарда, стенокардия, аритмия сердца\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДА НЕТ

Ревматизм, ревм. поражение сердца, шумы в сердце, врожденные пороки сердца\_\_\_\_\_\_ ДА НЕТ

Анемия, гемофилия(заболевания крови)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДА НЕТ

Бронхиальная астма, туберкулез\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДА НЕТ

Сахарный диабет,заболевания щитовидной железы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДА НЕТ

Желудочно-кишечные заболевания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДА НЕТ

Заболевания почек и мочеиспускательных путей\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДА НЕТ

Злокачественные новообразования, химиотерапия, лучевая терапия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ДА НЕТ

Паралич, парез, потеря сознания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДА НЕТ

Артриты, артрозы, искусственные суставы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ДА НЕТ

Заболевания височно-нижечелюстного сустава \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДА НЕТ

Травмы головы (сотрясения или ушибы головного мозга)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ДА НЕТ

Хирургические операции, переливания крови\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ДА НЕТ

Автомобильные аварии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДА НЕТ

Добавьте то, что считаете нужным\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Наблюдались ли у Вас при предыдущем лечении у стоматолога:**

- Аллергические реакции\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДА НЕТ

- Продолжительные кровотечения из лунки удаленного зуба или слиз.оболочки десны\_\_\_ ДА НЕТ

-Какие-либо другие осложнения во время или после лечения у стоматолога\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ДА НЕТ

**Для женщин:**

Беременны ли Вы?(если Да, то укажите срок)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ДА НЕТ

**НАСКОЛЬКО МНЕ ИЗВЕСТНО, Я ВЕРНО ОТВЕТИЛ(а) НА ВСЕ ВОПРОСЫ**

**ПОДПИСЬ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**