

**Фамилия** .....  
**Имя** .....  
**Дата рождения** .....

**Анкета пациента**

Вопросы анкеты имеют большое значение для Вашего последующего лечения. Если у Вас возникнут вопросы при заполнении, обратитесь к дежурному врачу -стоматологу.

**☒ Соответствующее отметить:**

- |   | Да                       | Нет                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Произошел ли у Вас несчастный случай на работе или на учебе?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Произошло ли у Вас значительное изменение состояния здоровья или значительная потеря в весе за прошедший год?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Проходили ли Вы в последнее время курс лечения?<br>Кто Ваш домашний врач? ..... Кто Ваш стоматолог? .....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Принимаете ли Вы регулярно медикаменты?<br>Если да, то напишите на обратной стороне какие.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Страдаете ли Вы аллергией?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Есть ли у Вас заболевания сердца, порок сердца или другие жалобы на сердце?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Страдаете ли Вы повышенным давлением? (Ваше рабочее давление:.....)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Имеется ли у Вас электростимулятор сердца?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Страдаете ли Вы заболеваниями дыхательных путей (астма, туберкулез)_____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Страдаете ли Вы диабетом?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Страдаете ли Вы нарушениями свертываемости крови?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Страдаете ли Вы заболеваниями щитовидной железы?<br>Повышенная функция <input type="checkbox"/> Пониженная функция <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Страдаете ли Вы заболеваниями почек?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Страдаете ли Вы заболеваниями печени (желтуха, гепатит А, - В, - С)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Страдаете ли Вы от обмороков или судорог (эпилепсия)?_____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Есть ли у Вас глаукома?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Страдаете ли Вы острой ревматической лихорадкой?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Нуждаетесь ли Вы в приеме антибиотиков перед стоматологическим вмешательством?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Страдаете ли Вы на сегодняшний день острыми инфекционными заболеваниями?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Сдавали ли Вы уже анализы на СПИД?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Страдаете ли Вы другими, не указанными в анкете заболеваниями? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Для женщин: беременны ли Вы или не исключаете возможность беременности?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Вы пришли   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - на консультацию   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - за неотложной помощью   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - на санацию полости рта (полная программа лечения в клинике)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - по направлению от .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Проходили ли Вы за последний год курс стоматологического лечения?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ваши личные замечания, дополнения, пожелания: .....

**Дата**

**Подпись**

*überprüft/aktualisiert:*      *Datum:* .....      *Behandler:* .....