

АНКЕТА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Ф.И.О. (пациента) _____

Год рождения _____ Место работы (Учебы) _____

тел. _____

Вайбер (Viber) _____ Ватсап (WhatsApp) _____

Укажите заболевания, состояние или проблемы со здоровьем, которые были у вас (укажите когда) и/или имеются сейчас:

- сердечно-сосудистые заболевания: _____,
- инфаркты, нарушения мозгового кровообращения: _____,
- заболевания крови: _____,
- заболевания почек: _____,
- заболевания желудочно-кишечного тракта: _____,
- заболевания легких: _____,
- заболевания щитовидной железы: _____,
- Гепатит, ВИЧ: _____,
- Эпилепсия: _____, психические расстройства: _____,
- сахарный диабет: _____,
- заболевания придаточных пазух носа: _____,
- беременность (укажите срок): _____,
- лучевое лечение, химиотерапия: _____,
- лекарственная зависимость, наркомания: _____,
- Аллергия, непереносимость лекарственных веществ: _____,
- Другие: _____.

Все перечисленные выше ответы правильны и корректны. Если в моём состоянии здоровья произойдут изменения, обязательно информирую об этом своего врача-стоматолога в следующее посещение.

Дата _____ г. Подпись пациента _____

Законный представитель пациента (Ф.И.О.) _____

Подпись законного представителя _____