

Шановна пацієнтко! Шановний пацієнте!

У ваших власних інтересах ми просимо вас відповісти на такі запитання до лікування, щоб ми могли задовольнити ваші індивідуальні потреби. Якщо вам потрібна допомога у заповненні форми або у вас є якісь питання, наші співробітники, звичайно ж, у вашому розпорядженні!

Актуальний та повний список ліків необхідно мати при собі на кожен прийом!

Персональні дані:

Ім'я:	Страхувальник:
Адреса:	Лікарняна каса/Самостійний платник:
.....	Номер полісу соціального страхування:
Телефон:	Дата народження:
Ел. пошта:	Додаткове страхування зі стоматології:
Сімейний лікар	Як ви дізналися про нас?
.....

Анкета про стан здоров'я:

1) Чи приймаєте ви медикаменти? Якщо так, то які?	ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/>
.....
2) Чи отримуєте ви регулярно ін'єкції? Якщо так, то які?	ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/>
.....
3) Чи страждаєте ви на алергію/ непереносимість медикаментів Якщо	ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/>
.....
4) АґаЧи страждаєте ви зараз або чи страждали ви раніше на одну з інфекційних хвороб, вказаних далі? (гепатит А, В, С, туберкульоз, ВІЛ/СНІД або інше) Якщо так, то на яку?	ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/>
.....
5) Чи страждаєте ви зараз або чи страждали ви раніше на цукровий діабет?	ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/>
6) Ви вагітні зараз або чи можете ви бути вагітними?	ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/>
7) Чи страждаєте ви зараз або чи страждали ви раніше на остеопороз?	ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/>
8) Чи годуєте ви зараз грудьми?	ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/>
9) Чи страждаєте ви зараз або чи страждали ви раніше на епілепсію?	ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/>
10) Чи є у вас вроджена схильність до кровотеч (часті синці та/або кровотечі з носа) чи приймаєте препарати, що розріджують кров? Якщо так, яка?	ТАК <input type="checkbox"/> НІ <input type="checkbox"/>
.....

Перевірте на інший бік!

11) Ви страждаєте або страждали раніше на респіраторне захворювання? (наприклад, астма, ХОЗЛ)
Якщо **ТАК** **НІ**

12) Ви палите?
Якщо так, скільки цигарок у день? **ТАК** **НІ**

13) Чи є у вас серцево-судинне захворювання? (наприклад, заміна клапана, високий кров'яний тиск, аритмія, інфаркт міокарда, стенокардія, серцева недостатність, схильність до непритомності)
Якщо так, то яке? **ТАК** **НІ**

14) Ви носите кардіостимулятор? **ТАК** **НІ**

15) Чи є у вас захворювання очей (наприклад, глаукома)?
Якщо так, то яке? **ТАК** **НІ**

16) Чи є у вас захворювання щитоподібної залози?
Якщо так, то яке? **ТАК** **НІ**

17) Чи є у вас захворювання нирок?
Якщо так, то яке? **ТАК** **НІ**

18) Чи є у вас захворювання органів травлення?
Якщо так, то яке? **ТАК** **НІ**

19) Чи є/було у вас онкозахворювання/ чи отримуєте/отримували ви хіміотерапію або променеви терапію?
Якщо так, то яке? **ТАК** **НІ**

20) Ви недавно перенесли операцію?
Якщо так, то яку? **ТАК** **НІ**

21) Чи є у вас аутоімунне захворювання?
Якщо так, то на яке? **ТАК** **НІ**

22) Ви маєте імунодефіцит? **ТАК** **НІ**

23) Чи страждаєте ви розладом нервової системи або психічним захворюванням?
Якщо так, то яке? **ТАК** **НІ**

24) Чи був у вас торік інсульт? **ТАК** **НІ**

25) Чому ви сьогодні звернулися до нас?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Біль/набряк | <input type="checkbox"/> Контрольний огляд | <input type="checkbox"/> Зубний протез/Проблеми із зубними протезами |
| <input type="checkbox"/> кровоточивість ясен | <input type="checkbox"/> Перелом зуба або пломби | <input type="checkbox"/> Консультація/Висновок іншого лікаря |
- Інше:

26) Коли ви проходили контрольний стоматологічний огляд востаннє?.....

27) Чи виникає у вас кровоточивість ясен? (наприклад, під час чищення зубів) **ТАК** **НІ**

Я розумію, що я повинен повідомляти про будь-які зміни в моїй особистій чи медичній інформації якнайшвидше. Тільки так ми можемо гарантувати найкраще лікування та догляд! Якщо ви не можете прийти на узгоджений прийом, просимо вас повідомити нас про це не пізніше ніж за 24 години!

Місце/дата:

Підпис пацієнта/опікуна: