***Анкета опроса первичного пациента.***

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес проживания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы, должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Источник информации о клинике\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Последнее посещение стоматолога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Принимаете ли Вы в настоящее время какие-нибудь лекарства? (да, нет)**

Если “Да”, то перечислите наименования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Если Вы лечитесь в настоящее время ( лечились ранее ) или имеете информацию ( подозреваете ) о наличии у Вас следующих заболеваний и состояний, дайте краткое описание:**

инфаркт миокарда, стенокардия, аритмия, хирургические вмешательства на сердце (да, нет)

желудочно-кишечные заболевания (да, нет)

повышенное ( пониженное ) кровяное давление (да, нет)

переливания крови (да, нет)

астма, туберкулез, сезонная аллергия, аллергические реакции на антибиотики (да, нет)

заболевание щитовидной железы (да, нет)

артрит (да, нет)

гепатит, ВИЧ (да, нет)

Употребляете ли Вы болеутоляющие препараты, местные анестетики и другие лекарства (да, нет)

**Имеются ли у Вас другие проблемы со здоровьем, о которых Вам известно? (да, нет)**

Если “Да”, то какие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Состоите ли Вы на учете в лечебном заведении** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ВОПРОС:**

Наличие болей, щелканья в нижнечелюстном суставе (да, нет)

Бруксизм (скрежетание зубами) (да, нет)

Кровоточивость десен при чистке зубов (да, нет)

Появления герпеса («простуды») на губах  (да, нет)

Периодическое появление язвочек в полости рта (да, нет)

Периодическая сухость во рту (да, нет)

Чувствуется запах изо рта (да, нет)

**Для женщин**: Вы беременны, подозреваете беременность или кормите ребенка?

**Наблюдались ли у Вас при предыдущем стоматологическом лечении аллергические реакции, продолжительное кровотечение, какие-либо другие осложнения во время или после стоматологического лечения?**

Если “Да”, то какие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Я даю разрешение делать рентгеновские снимки, диагностические модели, фотографии и проводить любые другие диагностические мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза.**

**Я даю разрешение проводить необходимые лечебные мероприятия и использовать любого врача или ассистента, участие которого в моем лечении будет необходимо.**

**Я разрешаю сообщать информацию, полученную от меня и связанную с моим стоматологическим состоянием третьим лицам, оплачивающим мое лечение, или другому врачу.**

**Я понимаю, что я ответственен (на) за оплату услуг, оказанных мне в стоматологическом центре ООО «ЭстетикДент».**

**“\_\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**