Добро пожаловать в ООО «ЮРСтом»!

Уважаемый пациент! Заполните, пожалуйста, анкету первичного пациента для регистрации в нашей клинике.

Пациент:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество число, месяц, год рождения)

Паспорт: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(серия, №, когда и кем выдан)

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(индекс область (район) город улица дом корп. кв.)

Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(мобильный, домашний, e-mail)

Место работы, профессия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Семейное положение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. супруги /супруга:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Какими языками владеете? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Как вы узнали о нашей клинике?

Пресса: (название газеты или журнала)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выставка:

Рекомендации:

Интернет:

Буклеты: Другое:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подтверждаю правильность данной информации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись Дата)

**Пожалуйста, сразу же сообщайте нам об изменениях вышеуказанной информации. Данная Вами информация остается строго конфиденциальной.**

**Уважаемый пациент!**

**Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с вопросами к анамнезу и ответьте на них полностью, давая только утвердительные или отрицательные ответы. Данная информация необходима для того, чтобы стоматологическое лечение соответствовало состоянию Вашего здоровья.**

**ВОПРОСЫ К АНАМНЕЗУ:**

Когда Вам проводилось последнее стоматологическое лечение и что было выполнено? (например: удаление зубов, имплантация и др.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Были у Вас какие-нибудь осложнения при проведении стоматологической анестезии? нет да Если да, то какие? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Принимаете ли Вы в данное время медикаменты? нет да (например: болеутоляющие, снотворные, успокоительные, разжижающие кровь, противозачаточные средства, сердечные и др.)

Если да, то какие и сколько в день? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Для женщин детородного возраста: Беременны ли Вы? нет да

Есть у Вас дети на грудном вскармливании? нет да

Аллергии: нет да если да, какие?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Отмечались ли у Вас ранее или имеются в настоящее время заболевания? нет да

Если да, то какие?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Заболевания сердечнососудистой системы нет да (например: нарушение кровообращения, варикозное расширение вен, тромбозы, повышенное или пониженное давление, аритмия)

Расстройства дыхательной системы нет да (например: пневмония, эмфизема лёгких, астма, хронический бронхит)

Патология мочеполовой системы нет да (например: воспаление почек, гинекологические заболевания, опухоль, мочекаменная болезнь)

Патология желудочно-кишечного тракта нет да (например: панкреатит, камни желчного пузыря, гастрит, язва, спаечная болезнь кишечника, опухоль, холецистит)

Гормональные расстройства нет да (например: сахарный диабет, метаболический синдром, гипо- или гипертиреоз)

Заболевание глаз нет да (например: глаукома, катаракта, близорукость, дальнозоркость) Носите ли Вы контактные линзы? нет да

Заболевание позвоночника или суставов нет да (например: остеохондроз)

Попадали ли Вы в автокатастрофы? нет да

Заболевание крови или нарушение свёртывания крови нет да (например: склонность к гематомам, носовому кровотечению)

Заболевание центральной нервной системы (Например: депрессии) нет да

Прочие заболевания: имеющиеся подчеркнуть (например: туберкулёз, ВИЧ, сифилис, гепатит, кожные заболевания, отравления, и др,.)

Носите ли Вы кардиостимулятор? нет да

Как бы Вы описали свое психологическое состояние в данное время?

довольно грустное спокойное возбужденное самоконтроль недостаток самоконтроля ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ: Курите ли Вы регулярно? нет да

Употребляете ли Вы регулярно алкоголь? нет да

Подтверждаю правильность данной информации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись Дата)

Пожалуйста, сразу же сообщайте нам об изменениях вышеуказанной информации. Данная Вами информация остается строго конфиденциальной.