АНКЕТА

Уважаемый пациент! Сообщаем Вам, что данная информация является крайне важной для обеспечения эффективного стоматологического лечения в соответствии с состоянием Вашего здоровья. Она позволяет врачу подобрать методы лечения, правильно составить план лечения, выбрать эффективную анестезию,лекарства.

Ф.И.О._____ Дата рождения_____
Наличие аллергии: (пищевой, бытовой, лекарственной) **(да, нет)**
Наличие бронхиальной астмы**(да, нет – подчеркнуть)**
Наличие сердечно-сосудистых заболеваний **(да, нет)**
Наличие приборов-водителей сердечного ритма,
кардиостимуляторов **(да, нет – подчеркнуть**)
Давление- повышенное /пониженное/нормальное **(подчеркнуть)**
Наличие заболеваний печени – перенесенные
вирусные гепатиты, болезнь Боткина **(да, нет)**
Наличие заболеваний крови **(да, нет)**
Наличие болезни обмена (сахарный диабет, щитовидная железа**(да, нет)**
Наличие онкозаболеваний **(да, нет)**
В настоящее время принимаете какие-либо лекарственные
препараты **(да, нет).** Если да, то какие -
Наличие заболеваний центральной нервной системы, связанных
с потерей сознания, параличами, судорогами **(да, нет)**
Для женщин – наличие беременности**(да, нет), срок** –
Заболевание, о котором Вы считаете необходимым сообщить врачу
_____
Наличие признаков ОРВИ - повышенная температура, насморк **(да, нет)**
Наличие в течение последних 14 дней контакта с людьми заболевшими COVID **(да, нет)** подчеркнуть.

Я искренне ответил(а) на все пункты анкеты, хочу дополнительно сообщить о состоянии здоровьяследующее:_____

Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов, должен (а) проинформировать об этом врача до начала консультации. Обязуюсь поставить в известность своего врача-стоматолога, о любых возможных изменениях состояния моего здоровья после заполнения данной анкеты. Подтверждаю правильность данной информации _____«___» _____20__г.
(Подпись Законного Представителя) (Дата заполнения)

Данная Вами информация остается строго конфиденциальной.