

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Фамилия Дата рождения
 Имя Телефон
 Отчество E-mail
 Дата последнего медицинского обследования
 Цель обследования

Как Вы оцениваете состояние Вашего здоровья? Отличное Хорошее Удовлетворительное Плохое

ЕСТЬ ЛИ У ВАС И БЫЛИ ЛИ КОГДА-ТО: ДА / НЕТ

1. Госпитализация по болезни или по причине травмы
 2. Аллергическая реакция на:

<input type="checkbox"/> Аспирин, ибупрофен, парацетамол	<input type="checkbox"/> Местные анестетики	<input type="checkbox"/> Латекс
<input type="checkbox"/> Пеницилин	<input type="checkbox"/> Фториды	<input type="checkbox"/> Другое. Что именно?
<input type="checkbox"/> Эритромицин	<input type="checkbox"/> Металлы (никель, золото, серебро)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Тетрациклин	<input type="checkbox"/> Сульфаниламидные препараты	<input type="text"/>

ДА / НЕТ

ДА / НЕТ

3. Проблемы с сердцем или сердечное стентирование за последние 6 месяцев	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Травмы головы или шеи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Инфекционный эндокардит в прошлом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Эпилепсия, судороги, припадки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Искусственный сердечный клапан	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. Неврологические проблемы, синдром дефицита внимания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Водитель ритма сердца или вживленный дефибриллятор	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. Вирусные инфекции и герпес	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Протезы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. Любые припухлости в полости рта	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ревматизм или скарлатина	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. Крапивница, кожная сыпь, сменная лихорадка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Высокое или низкое давление	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Венерические заболевания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Препараты, разжижающие кровь (антикоагулянты)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. Гепатит	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Анемия или другие проблемы с кровью	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. ВИЧ/СПИД	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Плохая свертываемость крови	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. Опухоли, новообразования	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Эмфизема, саркоидоз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. Лучевая терапия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Туберкулез	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. Химиотерапия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Астма	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. Эмоциональные проблемы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Проблемы с дыханием или сном (храп, ночное апноэ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. Психиатрическое лечение	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Заболевания почек	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. Прием антидепрессантов	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Заболевания печени	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44. Алкогольная/наркотическая зависимость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Желтуха	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45. Проводится ли Вам лечение другой болезни?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Проблемы с щитовидной и околощитовидными железами, недостаток кальция	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46. Чувствуете изменения в состоянии Вашего здоровья?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Гормональные нарушения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47. Принимаете препараты, снижающие вес?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Повышенный холестерин или прием препаратов, понижающих уровень холестерина	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48. Принимаете пищевые добавки?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Диабет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49. Быстро ли Вы устаёте?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Язва желудка или двенадцатиперстной кишки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50. Подвержены ли частым головным болям?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Нарушения пищеварительной системы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51. Вы курите или курили?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Остеопороз/остеопения	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52. Наблюдается ли у Вас повышенная раздражительность?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Артрит	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53. Часто чувствуете себя несчастным и подавленным?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Глаукома	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54. ДЛЯ ЖЕНЩИН - Вы беременны?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Опишите любое текущее или предстоящее лечение, или хирургическое вмешательство, или другие лечебные манипуляции, которые могут повлиять на Ваше стоматологическое лечение:

СПИСОК МЕДИКАМЕНТОВ, ПРЕПАРАТОВ, ВИТАМИНОВ, ДОБАВОК, КОТОРЫЕ ВЫ ПРИНИМАЛИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 2 ГОДА:

Название лекарства	Цель приема
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Как Вы оцениваете состояние своих зубов и полости рта? Отличное Хорошее Удовлетворительное Плохое

Когда Вы последний раз были у стоматолога

Вы регулярно посещаете стоматолога каждые: 3 месяца 4 месяца 6 месяцев 12 месяцев

Есть ли у Вас проблемы, требующие незамедлительного решения? Если да, то какие?

Пожалуйста, ответьте ДА или НЕТ на следующие вопросы:

ЛИЧНЫЙ АНАМНЕЗ

ДА / НЕТ

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Испытываете ли Вы страх перед стоматологическим лечением? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Есть ли у Вас неблагоприятный опыт предыдущего лечения? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Были ли у Вас осложнения после стоматологических вмешательств? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Были ли когда-нибудь негативные последствия местной анестезии? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Проводилось ли когда-нибудь ортопедическое лечение или избирательное шлифование? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Удалялись ли Вам когда-нибудь зубы? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ХАРАКТЕРИСТИКА УЛЫБКИ

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 7. Есть ли что-нибудь во внешнем виде Ваших зубов, что Вам хотелось бы изменить? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Вы когда-нибудь отбеливали зубы? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Чувствуете ли Вы дискомфорт или неуверенность из-за того, как выглядят Ваши зубы? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Были ли Вы когда-либо разочарованы предыдущими стоматологическими реставрациями? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ПРИКУС И ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 11. Есть ли у Вас проблемы с челюстным суставом (боль, шумы, ограничение открывания, блокировка, щелчки)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Были ли когда-то или есть сейчас проблемы при жевании жевательной резинки? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Были ли когда-то или есть сейчас проблемы с пережевыванием твердой пищи? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Изменились ли Ваши зубы за последние 5 лет, стали короче, тоньше или произошло истирание зубов? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Есть ли у Вас скученность зубов или щели между зубами? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Стискиваете ли Вы зубы или скрипите зубами днем и ночью? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Есть ли у Вас какие-либо такие привычки, как например, грызть ногти, разгрызать лёд, держать зубами предметы? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Страдаете ли головной болью (мигренью)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Есть ли у Вас проблемы со сном и не просыпаетесь ли Вы с ощущением гипер-чувствительности зубов? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Носите ли Вы или носили когда-то какие-нибудь каппы? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

СТРУКТУРА ЗУБОВ

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 21. Отмечался ли у Вас кариес в течение последних 3-х лет? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Страдаете ли Вы сухостью в полости рта? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Чувствуете ли Вы или замечаете какие-либо полости или углубления на жевательных поверхностях зубов? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Есть ли у Вас чувствительность зубов на горячее, холодное, при надкусывании или на сладкое? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Есть ли у Вас какие-либо углубления, зазубрины или трещины на зубах рядом с деснами? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. У Вас когда-либо ломались или трескались зубы, выпадали ли пломбы? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Застревает ли пища между зубами? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

СОСТОЯНИЕ ПАРОДОНТА

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 28. Кровоточат ли дёсны во время еды, чистки щеткой или нитью? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Проводилось ли когда-либо лечение дёсен? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Вы когда-либо ощущали неприятный привкус во рту или неприятный запах? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Страдает ли кто-либо из ваших родственников заболеваниями дёсен? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Были ли когда-либо рецессии десны? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Выпадали ли у вас зубы? Есть ли трудности при надкусывании яблок? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Не возникало ли чувство жжения в полости рта? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Просим Вас и в будущем информировать нас о любых изменениях в состоянии Вашего здоровья, в любых медицинских процедурах и лечених, о медикаментах и лекарствах, которые Вы принимаете или собираетесь принимать.

Дата заполнения анкеты

Ф.И.О. и подпись пациента

Ф.И.О. и подпись врача