

**Анкета о состоянии здоровья.**

Просим Вас уделить время для заполнения данной анкеты. Предоставленная информация является крайне важной для обеспечения эффективного и безопасного стоматологического лечения с благоприятным прогнозом.

**Пациент** \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
**года рождения, Паспорт серия** , \_\_\_\_\_, **Выдан**  
\_\_\_\_\_ **года,**  
**адрес** \_\_\_\_\_.

**Телефон:** \_\_\_\_\_ **e-mail:** \_\_\_\_\_

**Имеются ли у Вас в настоящее время или были в прошлом заболевания:**

- ✓ Инфекционные заболевания (Вич, Гепатит С)..... Да / Нет
- ✓ Сердечно-сосудистые заболевания..... Да / Нет
- ✓ Аллергические реакции, если да, то какие?..... Да / Нет
- \_\_\_\_\_
- ✓ Нарушения Свертываемости крови..... Да / Нет
- ✓ Дополнительные сведения о состоянии Вашего здоровья \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Принимаете ли Вы в настоящее время какие-либо лекарственные препараты?.... Да / Нет**  
**Если да, какие?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Для женщин:**

Беременны ли Вы? ..... Да / Нет  
Кормите ли Вы грудью в настоящее время? ..... Да / Нет

Ваш e-mail: \_\_\_\_\_

Я, нижеподписавшийся(ая) \_\_\_\_\_ **Пациент**

Мне известно, что результаты лечения зависят от состояния здоровья.  
Правильно ответил(а) на все вопросы анкеты о здоровье. Мне известно, что сведения о состоянии здоровья необходимо обновлять не реже 1 раза в год.

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Подпись

Расшифровка

Номер карты \_\_\_\_\_