

Анкета о состоянии здоровья

Мы просим Вас заполнить анкету. Предоставленная Вами информация крайне важна для проведения грамотного и безопасного стоматологического лечения с благоприятным исходом

Фамилия имя отчество _____
(ФИО пациента)

Дата рождения _____

Есть ли у Вас/ Вашего ребёнка в настоящее время или были в прошлом такие заболевания/состояния:

1. Сердечно - сосудистые заболевания.....Да / Нет

Если да, то какие? _____

2. Аллергические реакции..... Да / Нет

Если да, то какие? _____

3. Нарушения свертывания кровиДа / Нет

4. Инфекционные заболевания (ВИЧ, Гепатит С)Да / Нет

Если да, то какие? _____

5. Дополнительные сведения о состоянии здоровья _____

6. Принимаете ли Вы (Ваш ребёнок) в настоящее время какие-либо лекарства.... Да / Нет

Если да, то какие? _____

7. Для женщин:

Беременны ли Вы?Да / Нет

Кормите ли Вы грудью в настоящее время? Да / Нет

Ваш e-mail: _____

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 _____
(подпись Пациента /законного представителя)

Дата « ___ » _____ 20__ г.

Подпись

/ _____
Расшифровка