**Фамилия И. О.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, пол\_\_\_, возраст\_\_\_, род занятий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ВОПРОСЫ**

(Подчеркните или обведите кружочком нужные ответы, затем верните врачу)

Настоящее обращение к стоматологу: **а** ) *с целью санации (лечение всех зубов)* **б** ) *с острой болью* **в** ) *по обращаемости (лечение 1 зуба)*

Ваше обычное эмоциональное восприятие стоматологического лечения: **а** ) *приятное* **б** ) *безразличное* **в** ) *немного тревожное* **г** ) *неприятное (страх перед лечением и постоянное ожидание боли).*

Кратность посещения стоматолога: **а** ) *нерегулярно* **б** ) *регулярно (укажите, как часто ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* .

Была ли санация в последнее посещение стоматолога (вылечили все зубы)? **а** ) *Да* **б** ) *Нет.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Болеете ли Вы в данный момент ОРЗ, гриппом, герпесом ? | Да | Нет |
| Были ли у Вас аллергические реакции на лекарства, продукты, пыльцу и т. д.? | Да | Нет |
| К каким лекарствам у Вас непереносимость/аллергия? |  |
| Страдаете ли Вы бронхиальной астмой, астматическим бронхитом? | Да | Нет |
| Бывает ли у Вас повышение артериального давления (гипертония)? | Да | Нет |
| Случались ли у Вас ранее нарушения мозгового кровообращения, инсульты? | Да | Нет |
| Бывают ли у Вас обмороки, пониженное артериальное давление? | Да | Нет |
| Наблюдаетесь ли вы у врача-кардиолога по поводу ишемической болезни сердца, стенокардии, аритмии, сердечной недостаточности, инфаркта миокарда? | Да | Нет |
| Имеются ли у Вас врожденные или приобретенные пороки сердца? | Да | Нет |
| Бывают ли у Вас длительные кровотечения, нарушения свертываемости крови? | Да | Нет |
| Имеются ли у Вас заболевания щитовидной железы? | Да | Нет |
| Наблюдается ли у Вас повышение уровня глюкозы (сахара) в крови? | Да | Нет |
| Больны ли Вы ревматизмом, ревматоидным артритом? | Да | Нет |
| Болеете ли вы гепатитом- B , - C , - D , СПИДом, сифилисом или туберкулезом? | Да | Нет |
| Был ли у Вас гепатит, другие заболевания печени, желудочно-кишечного тракта? | Да | Нет |
| Страдаете ли вы хроническими заболеваниями почек? | Да | Нет |
| Страдаете ли вы глаукомой? | Да | Нет |
| Больны ли вы эпилепсией? | Да | Нет |
| Для женщин: наличие беременности или кормление грудью в настоящее время? | Да | Нет |
| Подвергались ли вы действию радиации или токсических веществ? | Да | Нет |
| Лечились ли вы когда-нибудь гормональными препаратами? | Да | Нет |
| Принимаете ли вы в настоящее время какие либо лекарства? | Да | Нет |
| Если да, то какие? |  |
| Укажите, если у Вас имеются какие-либо другие сопутствующие заболевания или перенесенные операции. |  |
| Укажите, если у Вас раньше наблюда­лись какие-либо осложнения во время и после стоматологического лечения. Непереносимость анестезии (если есть) |  |

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_