

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ООО "Стоматология", г. Мытищи, Олимпийский проспект 29, строение 2, 9 этаж, офис 9А**

Тел.:8(495)407-06-67, 8(916)586-15-06

Уважаемый пациент, сообщенные Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.Последующая информация является крайне важной для обеспечения эффективного стоматологического лечения в соответствии с Вашим общим состоянием здоровья. Вам необходимо дать полные и правильные ответы на все вопросы. Неполная или неправильная информация может повредить Вашему здоровью!

**АНКЕТА**

О своем состоянии здоровья сообщаю следующее:

* Последнее посещение врача стоматолога
* Аллергические реакции, если да, то какие, симптомы и чем купируется приступ
* Страдаете ли Вы заболеваниями:

 Сердца

 Почек

 Печени

 Желудочно-кишечного

 Легких

 Диабет

 Бруксизм

 Нарушения свертываемости крови

* Страдаете ли Вы:

 Повышенным артериальным давлением

 Пониженным артериальным давлением

 Укажите для Вас нормальное АД

* Бывают ли у Вас:

 Припадки, обмороки, головокружения

 Язвы полости рта, герпес

* Беременность, кормление грудью
* Были ли у Вас:

 Травмы головы

 Перенесенный гепатит СПИД, венерические заболевания

 Заболевания гайморовых

 Употребляете ли Вы наркотики Курите ли Вы

 Лекарства принимаемые на постоянной основе, на данный момент

* Особые пожелания:
* У меня рвотный рефлекс
* Я не контролирую себя, находясь в стоматологическом кресле в положении лежа
* Я давно не был(а) у стоматолога, и мне неловко от того, что вы скажете о моих зубах и гигиене полости рта
* Я боюсь боли
* Мои зубы очень чувствительны
* Мне трудно слушать и запоминать, когда я нахожусь в стоматологическом кресле

 На все вопросы я ответил(а) аккуратно и достоверно.

 Я даю разрешение делать рентгеновские снимки, диагностические модели, фотографии и проводить любые другие диагностические мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза.

 Я даю свое согласие ООО «Стоматология» на обработку своих персональных данных, осуществляемой в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / ФИО