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 крови ……...Да / 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*