Приложение Ж

АНКЕТА ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА

Ф.И.О. _____

Последующая информация является крайне важной для обеспечения Вас эффективным стоматологическим лечением в соответствии с Вашим общим состоянием здоровья. Вам необходимо дать полные и правильные ответы на все вопросы. Если вопрос непонятен или Вы не уверены в ответе, обсудите этот вопрос с врачом.

Неполная или неправильная информация может повредить Вашему здоровью.

1	**Последнее посещение врача-стоматолога_____**	
2	Имеются ли у Вас заболевание сердца?	Да Нет
3	**Повышается или понижается у Вас артериальное давление?** *	
А	*повышенное	Да Нет
Б	*пониженное	Да Нет
4	Бывает ли головокружение, потери сознания, одышка и т.д., при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов? _____	Да Нет
5	Эпилепсия, другие заболевания центральной и периферической нервной системы? _____	Да Нет
6	Есть ли бронхиальная астма?	Да Нет
7	Болели ли Вы гепатитом (желтухой)?	Да Нет
8	Болели ли Вы ВИЧ?	Да Нет
9	Болели ли Вы туберкулезом?	Да Нет
10	Нарушения свертываемости крови?	Да Нет
11	Курите ли вы?	Да Нет
12	**Аллергические реакции:** *	Да Нет
А	*на антибиотики?	Да Нет
Б	*на сульфанилимиды?	Да Нет
В	*на препараты йода?	Да Нет
Г	*на гормональные препараты?	Да Нет
Д	*на другие лекарственные препараты? какие_____	Да Нет
13	Лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет?	Да Нет
14	Принимаете ли Вы седативные препараты?	Да Нет
15	Перенесенные и сопутствующие заболевания? какие_____	Да Нет
16	**Принимаете ли какие препараты сейчас?** какие_____	Да Нет
17	**Дополнительно хочу сообщить о состоянии моего здоровья следующее:** _____	

<u>Для женщин</u>:

18	**Беременны ли Вы?**	Да Нет
19	**Являетесь ли кормящей матерью?** **На каком месяце кормления _____**	Да Нет

На все вопросы я ответил(а) самостоятельно, честно и достоверно.

Я даю разрешение делать рентгеновские снимки, слепки, диагностические модели, фотографии и проводить любые другие лечебно-диагностические вмешательства, которые будут необходимы для постановки верного диагноза.

Я даю разрешение проводить необходимые лечебные мероприятия и использовать любого врача или ассистента, участие которого в моем лечении будет необходимо для достижения лучшего результата.

Я разрешаю сообщать информацию, полученную от меня и связанную с моим стоматологическим состоянием третьим лицам, оплачивающим мое лечение, близком родственникам и персоналу клиники исполнителя.

Я ознакомлен с прейскурантом и понимаю, что я ответственен за оплату услуг, оказанных мне в ООО «Солодент»

“_____” _____ 2026г. Фамилия, И.О. и подпись _____