**Анкета здоровья пациента**

Имя, фамилия пациента:

**Поставьте галочку (не ставьте, если Вы не поняли вопрос):**  
1. Здоровы ли Вы, в общем и целом?   
2*.* Изменилось ли состояние Вашего здоровья за последний год?  
3. Лечились ли Вы в больнице или обращались ли Вы к врачу в связи с серьезным заболеванием в течение последних 3 лет? Если ДА, укажите заболевание:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
4. Проводите ли Вы лечение в настоящее время? Укажите, по какой причине:  
Дата последнего медицинского обследования:\_\_\_\_\_\_\_  
5. Возникали ли у Вас проблемы в процессе стоматологического лечения?  
6. Чувствуете ли Вы боли в настоящее время?

**Наблюдались ли у вас следующие симптомы?**

* 7. боль в груди (стенокардия)
* 8. отечность ног
* 9. одышка
* 10. повышенная температура, обильный пот по ночам
* 11. постоянный кашель
* 12. кровотечение, частое образование синяков
* 13. проблемы, связанные с околоносовыми пазухами
* 14. затруднения при глотании
* 15. поносы, запоры, кровь в кале
* 16. частая тошнота, рвота
* 17. трудности при мочеиспускании, кровь в моче
* 18. головокружение
* 19. звон в ушах
* 20. головные боли
* 21. обморок
* 22. неясность зрения
* 23. судороги
* 24. чрезмерная жажда
* 25. частое мочеиспускание
* 26. сухость во рту
* 27. желтуха
* 28. Боли в суставах

Сердечное давление\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Наблюдаются или наблюдались ли у вас следующие заболевания?**

* 29. заболевания сердца
* 30. сердечные приступы, порок сердца
* 32. острые приступы ревматизма
* 33. инсульт, атеросклероз
* 34. гипертония
* 35. заболевания легких
* 36. гепатит
* 37. желудочные заболевания
* 38. аллергия к пище, медпрепаратам, латексу
* 39. диабет, заболевания щитовидной железы
* 40. СПИД
* 41. злокачественные опухоли, онкологическое заболевание (рак)
* 42. артрит, ревматизм
* 43. глазные заболевания
* 44. кожные заболевания
* 45. Малокровие
* 46. Венерические заболевания

**Употребляете ли вы:**

* 47. Наркотики или другие подобные препараты
* 48. Лекарства купленные по рецепту врача или без рецепта
* 49. табак в любой форме
* 50. алкогольные напитки

**Вопросы для женщин:**

* 51. Беременны ли Вы, подозреваете ли Вы у себя беременность, кормите ли Вы грудью?
* 52. Применяете ли вы противозачаточные препараты?

**Вопросы для всех:**

* 53. Наблюдаются или наблюдались ли у Вас другие заболевания либо проблемы медицинского характера, Не перечисленные выше?

По мере возможности, я ответил(а) на все вопросы полностью и точно. О любых изменениях в состоянии моего здоровья и/или режима приема лекарств я буду сообщать моему стоматологу.

**Подпись пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**