



ЦЕНТР  
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ  
СТОМАТОЛОГИИ  
И НЕВРОЛОГИИ

119146, г. Москва, Комсомольский пр-т, д. 32, корп. 2, т. +7 (495)223-54-05, 223-54-06

Добро пожаловать в Центр Междисциплинарной Стоматологии и  
Неврологии!

Уважаемый пациент!

Заполните, пожалуйста, анкету первичного пациента для регистрации в  
нашем Центре.

Пациент:

\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество

число, месяц, год рождения

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_

индекс

область (район)

город

улица

дом корп. кв.

Телефон: \_\_\_\_\_

мобильный

домашний

e-mail

Профессия: \_\_\_\_\_

Семейное положение: \_\_\_\_\_

Ф.И.О. супруги /супруга: \_\_\_\_\_

Какими языками владеете? \_\_\_\_\_

Как вы узнали о нашей клинике?

Пресса: (название газеты/журнала) \_\_\_\_\_

Выставка:

Рекомендации:

Интернет:

Буклеты:

Другое: \_\_\_\_\_

Подтверждаю правильность данной информации \_\_\_\_\_

Подпись

Дата

Пожалуйста, сразу же сообщайте нам об изменениях вышеуказанной информации.  
Данная Вами информация остается строго конфиденциальной.

## Уважаемый пациент!

Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с вопросами к анамнезу и ответьте на них полностью, давая только утвердительные или отрицательные ответы. Данная информация необходима для того, чтобы стоматологическое лечение соответствовало состоянию Вашего здоровья.

### ВОПРОСЫ К АНАМНЕЗУ:

Когда Вам проводилось последнее стоматологическое лечение и что было выполнено?

(например: удаление зубов, имплантация и др.) \_\_\_\_\_

Были у Вас какие-нибудь осложнения при проведении стоматологической анестезии?  нет  да

Если да, то какие? \_\_\_\_\_

Принимаете ли Вы в данное время медикаменты?  нет  да

(например: болеутоляющие, снотворные, успокоительные, разжижающие кровь, противозачаточные средства, сердечные и др.)

Если да, то какие и сколько в день? \_\_\_\_\_

Для женщин детородного возраста: Беременны ли Вы?  нет  да

Есть у Вас дети на грудном вскармливании?  нет  да

Аллергии:  нет  да Если да, какие? \_\_\_\_\_

Отмечались ли у Вас ранее или имеются в настоящее время заболевания

Если да, то какие? \_\_\_\_\_

Заболевания сердечнососудистой системы  нет  да

(например: нарушение кровообращения, варикозное расширение вен, тромбозы, повышенное или пониженное давление, аритмия, наличие кардиостимулятора)

Расстройства дыхательной системы  нет  да

(например: пневмония, эмфизема лёгких, астма, хронический бронхит)

Патология мочеполовой системы  нет  да

(например: воспаление почек, гинекологические заболевания, опухоль, мочекаменная болезнь)

Патология желудочно-кишечного тракта  нет  да

(например: панкреатит, камни желчного пузыря, гастрит, язва, спаечная болезнь кишечника, опухоль, холецистит)

Гормональные расстройства  нет  да

(например: сахарный диабет, метаболический синдром, гипо- или гипертиреоз)

Заболевание глаз  нет  да

(например: глаукома, катаракта, близорукость, дальнозоркость)

Носите ли Вы контактные линзы?  нет  да

Заболевание позвоночника или суставов  нет  да

(например: остеохондроз)

Попадали ли Вы в автокатастрофы?  нет  да

Заболевание крови или нарушение свёртывания крови  нет  да

(например: склонность к гематомам, носовому кровотечению)

Заболевание центральной нервной системы (Например: депрессии)  нет  да

Прочие заболевания: имеющиеся подчеркнуть.

(например: туберкулёз, ВИЧ, сифилис, гепатит, кожные заболевания, отравления, и др.)

Носите ли Вы кардиостимулятор?  нет  да

Как бы Вы описали свое психологическое состояние в данное время?

довольно грустное  спокойное  возбужденное

самоконтроль  недостаток самоконтроля

### ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ:

Курите ли Вы регулярно?  нет  да

Употребляете ли Вы регулярно алкоголь?  нет  да

Подтверждаю правильность данной информации \_\_\_\_\_

Подпись

Дата \_\_\_\_\_

Пожалуйста, сразу же сообщайте нам об изменениях вышеуказанной информации.  
Данная Вами информация остается строго конфиденциальной.