



## 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 сердечно-сосудистой 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.