

АНКЕТА ПАЦИЕНТА на _____ год

Ваши ФИО _____
Дата рождения _____
Телефон _____
Место работы _____

Отвечая на вопросы анкеты, необходимо **отметить** нужный вариант ответа «ДА» или «НЕТ».

Имеются/имелись ли у Вас	ДА	НЕТ
Аллергические реакции на пищевые продукты <i>Если да, перечислить продукты</i> _____		
Аллергические реакции на лекарственные препараты <i>Если да, перечислить препараты</i> _____		
Нарушение свертываемости крови		
Потери сознания, судороги, эпилепсия		
Сахарный диабет <i>Если да, какого типа</i> _____		
Бронхиальная астма		
Заболевания кожи <i>Если да, перечислить</i> _____		
Заболевание сердца, наличие кардиостимулятора		
Проводились ли операции или переливание крови <i>Если да, то какие</i> _____		
Инфекционные заболевания: гепатиты А, В, С; ВИЧ (<i>подчеркнуть</i>)		
Туберкулез		
Онкологические заболевания либо проведенная ранее лучевая/химиотерапия (<i>подчеркнуть</i>)		
Появления герпеса («простуды») на губах _____ раз в год		
Наличие регулярно принимаемых лекарственных препаратов <i>Если да, перечислите препараты:</i> _____		
Сколько раз в сутки проводится гигиена полости рта _____		
Периодическое появление язвочек в полости рта		
Бруксизм (скрежетание зубами)		
Наличие болей, щелканья в нижнечелюстном суставе		
Состоите ли Вы на диспансерном учете? <i>Если да, укажите специалиста, у которого наблюдаетесь:</i> _____		
<u>Для женщин</u> Имеется ли беременность <i>Если да, то какой срок</i> _____		

Температура тела _____

_____ г. Подпись Пациента: _____ (_____)