

Имя, фамилия пациента: \_\_\_\_\_

Идентификационный номер пациента: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

**I. ОБВЕДИТЕ ОТВЕТ КРУЖКОМ** (не обводите, если Вы не поняли вопрос):

- |    |    |     |   |
|----|----|-----|---|
| 1. | Да | Нет | Здоровы ли Вы, в общем и в целом?   |
| 2. | Да | Нет | Изменилось ли состояние Вашего здоровья за последний год?   |
| 3. | Да | Нет | Лечились ли Вы в больнице или обращались ли Вы к врачу в связи с серьезным заболеванием в течение последних 3 лет?<br>Если ДА, укажите заболевание: _____                                 |
| 4. | Да | Нет | Проходите ли Вы лечение в настоящее время? Укажите, по какой причине: _____<br>Дата последнего медицинского обследования: _____<br>Дата последнего стоматологического обследования: _____ |
| 5. | Да | Нет | Возникали ли у Вас проблемы в процессе стоматологического лечения?  |
| 6. | Да | Нет | Чувствуете ли Вы боли в настоящее время?  |

**II. НАБЛЮДАЛИСЬ ЛИ У ВАС СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ?**

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

**III. НАБЛЮДАЮТСЯ ИЛИ НАБЛЮДАЛИСЬ ЛИ У ВАС СЛЕДУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ?**

- |     |    |     |   |     |    |     |  |
|-----|----|-----|---|-----|----|-----|--|
| 29. | Да | Нет | заболевания сердца  | 40. | Да | Нет | СПИД   |
| 30. | Да | Нет | сердечные приступы, порок сердца  | 41. | Да | Нет | злокачественные опухоли, рак                 |
| 31. | Да | Нет | шумы в сердце   | 42. | Да | Нет | артрит, ревматизм                            |
| 32. | Да | Нет | острые приступы ревматизма  | 43. | Да | Нет | глазные заболевания                          |
| 33. | Да | Нет | инсульт, атеросклероз   | 44. | Да | Нет | кожные заболевания                           |
| 34. | Да | Нет | гипертония  | 45. | Да | Нет | малокровие                                   |
| 35. | Да | Нет | астма, туберкулез, эмфизема, другие заболевания легких  | 46. | Да | Нет | венерические заболевания: сифилис, гонорея   |
| 36. | Да | Нет | гепатит, другие заболевания печени  | 47. | Да | Нет | герпес                                       |
| 37. | Да | Нет | желудочные заболевания, язва желудка  | 48. | Да | Нет | заболевания почек, мочевого пузыря           |
| 38. | Да | Нет | аллергия к пище, лекарствам, мед. препаратам, латексу   | 49. | Да | Нет | заболевания щитовидной железы, надпочечников |
| 39. | Да | Нет | Наблюдались ли у Ваших близких родственников диабет, болезни сердца, злокачественные опухоли? | 50. | Да | Нет | диабет                                       |

**IV. ПОЛЬЗУЕТЕСЬ ИЛИ ПОЛЬЗОВАЛИСЬ ЛИ ВЫ:**

- |     |    |     |  |     |    |     |                                       |
|-----|----|-----|--|-----|----|-----|---------------------------------------|
| 51. | Да | Нет | психиатрическим обслуживанием?             | 56. | Да | Нет | больничным обслуживанием?             |
| 52. | Да | Нет | радиологическое лечение, рентгенотерапией? | 57. | Да | Нет | переливаниями крови?                  |
| 53. | Да | Нет | химиотерапией?                             | 58. | Да | Нет | хирургическим обслуживанием?          |
| 54. | Да | Нет | искусственным сердечным клапаном?          | 59. | Да | Нет | пейсмекером (водителем ритма сердца)? |
| 55. | Да | Нет | искусственным суставом?                    | 60. | Да | Нет | контактными линзами?                  |

**V. УПОТРЕБЛЯЕТЕ ЛИ ВЫ:**

- |     |    |     |   |     |    |     |                       |
|-----|----|-----|---|-----|----|-----|-----------------------|
| 61. | Да | Нет | наркотики или другие подобные препараты?  | 63. | Да | Нет | табак, в любой форме? |
| 62. | Да | Нет | лекарства, купленные по рецепту врача или без рецепта (в т. ч. аспирин), натуральные препараты? | 64. | Да | Нет | алкогольные напитки?  |

Пожалуйста, перечислите: \_\_\_\_\_

**VI. ВОПРОСЫ ДЛЯ ЖЕНЩИН:**

- |     |    |     |  |     |    |     |   |
|-----|----|-----|--|-----|----|-----|---|
| 65. | Да | Нет | Беременны ли Вы, подозреваете ли Вы у себя беременность, кормите ли Вы грудью? | 66. | Да | Нет | Принимаете ли противозачаточные таблетки? |
|-----|----|-----|--|-----|----|-----|---|

**VII. ВОПРОСЫ ДЛЯ ВСЕХ:**

- |     |    |     |  |
|-----|----|-----|--|
| 67. | Да | Нет | Наблюдаются или наблюдались ли у Вас другие заболевания либо проблемы медицинского характера, НЕ перечисленные выше? |
|-----|----|-----|--|

Если да, укажите, какие: \_\_\_\_\_

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

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**ПОВТОРНЫЙ ОПРОС:**

- |    |                   |       |       |       |
|----|-------------------|-------|-------|-------|
| 1. | Подпись пациента: | _____ | Дата: | _____ |
| 2. | Подпись пациента: | _____ | Дата: | _____ |
| 3. | Подпись пациента: | _____ | Дата: | _____ |