

АНКЕТА ЗДОРОВЬЯ

Последующая информация является крайне важной для обеспечения оказания услуг в соответствии с Вашим общим состоянием здоровья. Вам необходимо дать полные и правильные ответы на все вопросы. Неполная или неправильная информация может повредить Вашему здоровью.

Ф.И.О.	Дата рождения:	Телефон:

1.	Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением общего врача? Если “Да”, то укажите причину _____	Да Нет
2.	Прежде чем посетить ООО «Ведента», я была на приеме у стоматолога (когда) _____	
3.	Принимаете ли Вы в настоящее время какие-нибудь лекарства? Если “Да”, то перечислите наименования _____	Да Нет
4.	Посещаете ли Вы в настоящее время какие-либо процедуры (массаж, ванны, грязи, физиотерапия)? Если “Да”, то перечислите _____	Да Нет
5.	Если Вы лечитесь в настоящее время (лечились ранее) или имеете информацию (подозреваете) о наличии у Вас следующих заболеваний и состояний, дайте краткое описание:	
А.	ревматизм, ревматические поражения сердца, шумы (боли) в сердце, пороки сердца,	Да Нет
Б.	инфаркт миокарда, стенокардия, аритмия, хирургические вмешательства на сердце,	Да Нет
В.	желудочно-кишечные заболевания,	Да Нет
Г.	повышенное (пониженное) кровяное давление,	Да Нет
Д.	повышенная кровоточивость, анемия, гемофилия (не свертываемость крови), переливания крови,	Да Нет
Е.	астма, туберкулез, сезонная аллергия, аллергические реакции на антибиотики, болеутоляющие препараты, местные анестетики и другие лекарства,	Да Нет
Ж.	доброкачественные, злокачественные опухоли, радиологическое лечение, химиотерапия,	Да Нет
З.	диабет,	Да Нет
И.	гепатит, желтуха, заболевания печени,	Да Нет
К.	заболевания почек и мочевыводящих путей, затрудненное мочеиспускание, диализ	Да Нет
Л.	заболевание щитовидной железы	Да Нет
М.	паралич, парез, конвульсии, обмороки, потеря сознания	Да Нет
Н.	артрит,	Да Нет
О.	венерические заболевания или СПИД,	Да Нет
П.	травмы головы или шеи, автомобильные аварии, хирургические операции,	Да Нет
Р.	лечение нижнечелюстного сустава,	Да Нет
С.	имеются ли у Вас другие проблемы со здоровьем о которых Вам известно? Если “Да”, то какие _____	Да Нет
5.	Отмечаете ли Вы наличие багровых или красных участков на коже, сыпь	Да Нет
А.	Ночная потливость	Да Нет
Б.	Диарея (поносы)	Да Нет
6.	Отмечаете ли Вы потерю веса за последние 6 месяцев, если да, то в чем, по Вашему мнению, причина похудения _____	Да Нет
7.	Куриете ли Вы? Если да, то как долго _____	Да Нет
8.	Были ли у Вас аллергические реакции в виде головокружения или потери сознания, удушья, крапивницы, отека Квинке, зуда и покраснения кожи (нужное подчеркнуть) на: _____	Да Нет
9.	Для женщин: - беременны ли Вы - являетесь ли Вы кормящей матерью	Да Нет

Я искренне ответил (а) на все пункты анкеты, хочу дополнительно сообщить о состоянии здоровья следующее: _____

Своей подписью я подтверждаю точность и достоверность сведений, предоставленных мной лечащему врачу, о возможных осложнениях предупрежден(а)

« » 202 г.

Подпись: _____ / _____

АНКЕТА ЗДОРОВЬЯ

Последующая информация является крайне важной для обеспечения оказания услуг в соответствии с Вашим общим состоянием здоровья. Вам необходимо дать полные и правильные ответы на все вопросы. Неполная или неправильная информация может повредить Вашему здоровью.

Ф.И.О.	Дата рождения:	Телефон:

1.	Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением общего врача? Если “Да”, то укажите причину _____	Да Нет
2.	Прежде чем посетить ООО «Ведента», я была на приеме у стоматолога (когда) _____	
3.	Принимаете ли Вы в настоящее время какие-нибудь лекарства? Если “Да”, то перечислите наименования _____	Да Нет
4.	Посещаете ли Вы в настоящее время какие-либо процедуры (массаж, ванны, грязи, физиотерапия)? Если “Да”, то перечислите _____	Да Нет
5.	Если Вы лечитесь в настоящее время (лечились ранее) или имеете информацию (подозреваете) о наличии у Вас следующих заболеваний и состояний, дайте краткое описание:	
А.	ревматизм, ревматические поражения сердца, шумы (боли) в сердце, пороки сердца,	Да Нет
Б.	инфаркт миокарда, стенокардия, аритмия, хирургические вмешательства на сердце,	Да Нет
В.	желудочно-кишечные заболевания,	Да Нет
Г.	повышенное (пониженное) кровяное давление,	Да Нет
Д.	повышенная кровоточивость, анемия, гемофилия (не свертываемость крови), переливания крови,	Да Нет
Е.	астма, туберкулез, сезонная аллергия, аллергические реакции на антибиотики, болеутоляющие препараты, местные анестетики и другие лекарства,	Да Нет
Ж.	доброкачественные, злокачественные опухоли, радиологическое лечение, химиотерапия,	Да Нет
З.	диабет,	Да Нет
И.	гепатит, желтуха, заболевания печени,	Да Нет
К.	заболевания почек и мочевыводящих путей, затрудненное мочеиспускание, диализ	Да Нет
Л.	заболевание щитовидной железы	Да Нет
М.	паралич, парез, конвульсии, обмороки, потеря сознания	Да Нет
Н.	артрит,	Да Нет
О.	венерические заболевания или СПИД,	Да Нет
П.	травмы головы или шеи, автомобильные аварии, хирургические операции,	Да Нет
Р.	лечение нижнечелюстного сустава,	Да Нет
С.	имеются ли у Вас другие проблемы со здоровьем о которых Вам известно? Если “Да”, то какие _____	Да Нет
5.	Отмечаете ли Вы наличие багровых или красных участков на коже, сыпь	Да Нет
А.	Ночная потливость	Да Нет
Б.	Диарея (поносы)	Да Нет
6.	Отмечаете ли Вы потерю веса за последние 6 месяцев, если да, то в чем, по Вашему мнению, причина похудения _____	Да Нет
7.	Куриете ли Вы? Если да, то как долго _____	Да Нет
8.	Были ли у Вас аллергические реакции в виде головокружения или потери сознания, удушья, крапивницы, отека Квинке, зуда и покраснения кожи (нужное подчеркнуть) на: _____	Да Нет
9.	Для женщин: - беременны ли Вы - являетесь ли Вы кормящей матерью	Да Нет

Я искренне ответил (а) на все пункты анкеты, хочу дополнительно сообщить о состоянии здоровья следующее: _____

Своей подписью я подтверждаю точность и достоверность сведений, предоставленных мной лечащему врачу, о возможных осложнениях предупрежден(а)

« » 202 г.

Подпись: _____ / _____