

Приложение № 3 к Договору № _____ от _____.

Анкета о состоянии здоровья Пациента ООО «Улыбка»
(заполняется Пациентом)

Уважаемый Пациент клиники «Улыбка»!

Успешность стоматологического лечения может зависеть от наличия и степени развития общих заболеваний организма. Врачу-стоматологу очень важны сведения о состоянии Вашего здоровья (здоровья представляемого вами Пациента/несовершеннолетнего лица, лица, признанного недееспособным).

Эти сведения помогут правильно составить план лечения, обеспечить безопасность и эффективность проведения лечебных мероприятий, дать обоснованные гарантии на выполненную работу. Неправильная информация может повредить здоровью!

Отвечая на вопросы анкеты, необходимо **обвести** нужный вариант ответа «ДА» или «НЕТ» по каждому пункту. Сообщенные Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам. Конфиденциальность гарантируется.

Последнее общемедицинское обследование _____ (месяц и год).

№	Заболевания	Да	Нет
1.	Аллергия лекарственная, пищевая, другие (нужное подчеркнуть)		
2.	Инфаркт миокарда		
3.	Инсульт		
4.	Наличие кардиостимулятора		
5.	Заболевания сосудов		
6.	Заболевания сердца: стенокардия, аритмия, ИБС (нужное подчеркнуть)		
7.	Заболевания почек		
8.	Заболевания печени		
9.	Заболевания желудочно-кишечного тракта		
10.	Заболевания легких (бронхиальная астма)		
11.	Заболевания крови		
12.	Эндокринные заболевания		
13.	Повышенное артериальное давление		
14.	Пониженное артериальное давление		

15.	Припадки, обмороки, головокружения (нужное подчеркнуть)		
16.	Длительные кровотечения после порезов		
17.	Диабет		
18.	Ревматизм, ревматоидный артрит (нужное подчеркнуть)		
19.	Периодически возникающие язвы в полости рта		
20.	Герпес		
21.	Бруксизм (ночное скрежетание зубами)		
22.	Заболевания гайморовых пазух		
23.	Туберкулез		
24.	Гепатит А, Б, С (нужное подчеркнуть)		
25.	СПИД		
26.	Венерические заболевания		
27.	Курение		
28.	Употребление наркотиков		
29.	Для женщин: беременность		
30.	Для детей: - есть ли у ребенка страх врачей, клиник, незнакомых людей - есть ли у ребенка особенности развития и поведения, о которых нам важно знать _____ _____ _____		
31.	Принимаемые лекарства: _____ _____ _____ _____ _____		

Я искренне ответил(а) на все пункты Анкеты о состоянии своего здоровья/состоянии здоровья Пациента (несовершеннолетнего лица / лица, признанного недееспособным).

Дополнительно хочу сообщить следующее:

Мне известно, что только в случае обязательных профилактических осмотров (1 раз в 6 месяцев) можно рассчитывать на определенный срок результатов лечения, протезирования.

Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов я должен(на) до начала приема стоматолога сообщить ему об этом.

_____/_____
 подпись заказчика/пациента расшифровка подписи

« ____ » _____ 202 ____ г.
 дата оформления