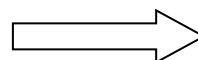


ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ	Фамилия		Имя	
	Личный код		Место жительства	
	Домашний/рабочий телефон		Профессия/учебное заведение	
	Адрес			
	Почтовый индекс		Почтовое отделение	
ЗДОРОВЬЕ	<p><b>Причина обращения</b> _____</p> <p>_____</p>			
	<p><b>Принимаете ли Вы регулярно какие-либо лекарства?</b> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да <b>Какие лекарства?</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>			
	<p><b>Есть ли у Вас сейчас или были ли ранее какие-либо из следующих заболеваний?</b></p> <p><input type="checkbox"/> аллергия (лекарственные препараты, продукты, изделия из резины), на что? _____</p> <p><input type="checkbox"/> сердечно-сосудистые заболевания (боль в груди, инфаркт миокарда, кардиостимулятор, порок клапана, протез клапана)</p> <p><input type="checkbox"/> ишемический инсульт</p> <p><input type="checkbox"/> повышенное кровяное давление</p> <p><input type="checkbox"/> заболевание крови, анемия, склонность к кровотечениям</p> <p><input type="checkbox"/> диабет, результат теста HbA1c: _____</p> <p><input type="checkbox"/> астма или другое заболевание органов дыхания</p> <p><input type="checkbox"/> ревматоидный артрит</p> <p><input type="checkbox"/> остеопороз</p> <p><input type="checkbox"/> неврологические нарушения развития</p> <p><input type="checkbox"/> психическое заболевание</p> <p><input type="checkbox"/> заболевание, передающееся через кровь (ВИЧ, гепатит В, гепатит С, другое)</p> <p><input type="checkbox"/> наличие MRSA, VRE, ESBL или других бактерий, устойчивых к антибиотикам</p> <p><input type="checkbox"/> другое заболевание, какое? _____</p>			
	<p><b>Обстоятельства, которые необходимо принять во внимание при лечении зубов и полости рта</b></p>			
	<p>Проходили ли Вы лучевую терапию в области головы или шеи <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да</p> <p>Проходите ли Вы в данный момент цитостатическую терапию? <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да</p> <p>Есть ли у Вас протез сустава/артериальный протез? <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да</p> <p>Проводилась ли Вам трансплантация органов? <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да</p> <p>Принимаете ли Вы сейчас/принимали ли ранее препараты для л <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да</p> <p>остеопороза?</p> <p>Используете ли Вы биологические лекарственные препараты? <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да</p> <p>Используете ли Вы натуральные препараты? <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да</p> <p>Вы беременны? <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да, срок _____</p> <p>Проводили ли Вам когда-нибудь общую анестезию (наркоз)? <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да</p> <p>Были ли у Вас когда-нибудь осложнения после применения <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да</p> <p>местной анестезии? <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да</p> <p>какие _____</p>			

Переверните лист



<p><b>ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ЗУБОВ И ПОЛОСТИ РТА</b></p>	<p>Я чищу зубы <input type="checkbox"/> 2 раза в день <input type="checkbox"/> раз в день <input type="checkbox"/> реже</p> <p>Я использую фторсодержащую зубную пасту <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да</p> <p>Чищу зубы _____ -щеткой</p> <p>Чищу межзубные промежутки <input type="checkbox"/> раз в день <input type="checkbox"/> несколько раз в неделю <input type="checkbox"/> реже</p> <p>Для очистки межзубных промежутков я использую _____</p> <p>Другие средства для ухода за полостью рта / очистки протезов _____</p> <p>_____</p> <p>Я ем _____ раза ежедневно</p> <p>Перекусываю или ем легкие закуски ежедневно _____ раз</p> <p>Для утоления жажды пью _____</p> <p>Ежедневно пью</p> <p><input type="checkbox"/> освежающие напитки или соки <input type="checkbox"/> спортивные или энергетические напитки</p> <p><input type="checkbox"/> другие сладкие или кислые напитки <input type="checkbox"/> не пью ничего из перечисленного</p> <p>У меня особая диета <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да _____</p> <p>_____</p> <p>Я регулярно использую продукцию, содержащую ксилит (жевательные резинки или пастилки) <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да</p> <p>Я курю или использую снюс / никотиновый пауч <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да _____ раз в день</p> <p>Я использую электронные сигареты <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да _____ раз в день</p> <p>Я употребляю алкоголь <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да _____ порций в неделю</p> <p>Я употребляю наркотические вещества <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> да _____</p>
<p><b>МОИ ЗАМЕЧАНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО СОСТОЯНИЯ ЗУБОВ И ПОЛОСТИ РТА</b></p>	

<p><b>ВНИМАНИЕ!</b></p>	<p><b>12–17-летний пациент:</b> <input type="checkbox"/> касающуюся меня информацию <b>можно</b> передавать родителям  <input type="checkbox"/> касающуюся меня информацию <b>нельзя</b> передавать родителям  <b>В соответствии с положением о взимании платы, с лиц старше 18 лет взимается сбор за неявку на прием без предварительного уведомления.</b></p>
<p><b>ДАТА, ПОДПИСЬ</b></p>	<p>_____ / _____ 20 ____</p> <p>_____</p>