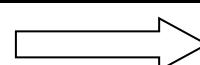




ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ	Фамилия	Имя
	Личный код	Место жительства
	Домашний/рабочий телефон	Профессия/учебное заведение
	Адрес	
	Почтовый индекс	Почтовое отделение
ЗДОРОВЬЕ	Причина обращения _____ _____	
	Принимаете ли Вы регулярно какие-либо лекарства? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да Какие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

Переверните лист



ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ ЗУБОВ И ПОЛОСТИ РТА	<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>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>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>
МОИ ЗАМЕЧАНИЯ ОТНОСИТЕЛЬНО СОСТОЯНИЯ ЗУБОВ И ПОЛОСТИ РТА	

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