

Уважаемый пациент!

Общие заболевания любого рода могут оказать влияние на стоматологическое лечение. Поэтому, пожалуйста, заполните эту анкету тщательно. Она будет вклеена в Вашу регистрационную карту. Эти данные не подлежат разглашению и служат исключительно для подбора лечения с учетом общего состояния Вашего здоровья.

Пожалуйста, заполните, ответив на вопросы «да» или «нет».

1. Аллергия (на медикаменты, пищевая и другие): Симптомы:
2. Сердечно-сосудистые заболевания (стенокардия, сердцебиение и т.д.)
3. Страдаете ли Вы повышенным/пониженным артериальным давлением?
4. Бывают ли у вас обмороки, головокружение, судороги?
5. Инфекционные заболевания (ВИЧ, гепатит, сифилис, туберкулез и другие)
6. эндокринные заболевания (тиреотоксикоз, гипотиреоз, сахарные диабет)
7. Заболевания центральной нервной системы:
8. Глаукома (повышенное кровяное глазное давление):
9. Нарушение свертываемости крови:
10. Заболевания почек:
11. Заболевания печени:
12. Заболевания легких:
13. Эпилепсия:
14. Инфаркты миокарда:
15. Принимаемые в настоящий момент лекарства:
16. Онкологические заболевания:
17. Хирургические операции в прошлом:
18. Беременность, период кормления грудью:

Насколько мне известно, я ответил(а) достоверно на все вопросы.

Подпись _____