

Сведения о состоянии здоровья

Russian

Имя, фамилия пациента: _____

Идентификационный номер пациента: _____

Дата рождения: _____

I. ОБВЕДИТЕ ОТВЕТ КРУЖКОМ (не обводите, если Вы не поняли вопрос):

- | | | | | | |
|----|----|-----|---|--|--|
| 1. | Да | Нет | Здоровы ли Вы, в общем и в целом? | | |
| 2. | Да | Нет | Изменилось ли состояние Вашего здоровья за последний год? | | |
| 3. | Да | Нет | Лечились ли Вы в больнице или обращались ли Вы к врачу в связи с серьезным заболеванием в течение последних 3 лет?
Если ДА, укажите заболевание: _____ | | |
| 4. | Да | Нет | Проходите ли Вы лечение в настоящее время? Укажите, по какой причине: _____
Дата последнего медицинского обследования: _____
Дата последнего стоматологического обследования: _____ | | |
| 5. | Да | Нет | Возникали ли у Вас проблемы в процессе стоматологического лечения? | | |
| 6. | Да | Нет | Чувствуете ли Вы боли в настоящее время? | | |

II. НАБЛЮДАЛИСЬ ЛИ У ВАС СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ?

- | | | | | | | | |
|-----|----|-----|---|-----|----|-----|------------------------------|
| 7. | Да | Нет | боль в груди (стенокардия) | 18. | Да | Нет | головокружение |
| 8. | Да | Нет | отечность ног | 19. | Да | Нет | звон в ушах |
| 9. | Да | Нет | одышка | 20. | Да | Нет | головные боли |
| 10. | Да | Нет | недавняя потеря веса, повышенная температура, обильный пот по ночам | 21. | Да | Нет | обмороки |
| 11. | Да | Нет | постоянный кашель, харкание кровью | 22. | Да | Нет | неясность зрения |
| 12. | Да | Нет | кровотечение, частое образование синяков | 23. | Да | Нет | судороги |
| 13. | Да | Нет | проблемы, связанные с околоносовыми пазухами | 24. | Да | Нет | чрезмерная жажда |
| 14. | Да | Нет | затруднения при глотании | 25. | Да | Нет | частое мочеиспускание |
| 15. | Да | Нет | поносы, запоры, кровь в кале | 26. | Да | Нет | сухость во рту |
| 16. | Да | Нет | частая тошнота, рвота | 27. | Да | Нет | желтуха |
| 17. | Да | Нет | трудности при мочеиспускании, кровь в моче | 28. | Да | Нет | боли в суставах, скованность |

III. НАБЛЮДАЮТСЯ ИЛИ НАБЛЮДАЛИСЬ ЛИ У ВАС СЛЕДУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ?

- | | | | | | | | |
|-----|----|-----|---|-----|----|-----|--|
| 29. | Да | Нет | заболевания сердца | 40. | Да | Нет | СПИД |
| 30. | Да | Нет | сердечные приступы, порок сердца | 41. | Да | Нет | злокачественные опухоли, рак |
| 31. | Да | Нет | шумы в сердце | 42. | Да | Нет | артрит, ревматизм |
| 32. | Да | Нет | острые приступы ревматизма | 43. | Да | Нет | глазные заболевания |
| 33. | Да | Нет | инсульт, атеросклероз | 44. | Да | Нет | кожные заболевания |
| 34. | Да | Нет | гипертония | 45. | Да | Нет | малокровие |
| 35. | Да | Нет | астма, туберкулез, эмфизема, другие заболевания легких | 46. | Да | Нет | венерические заболевания: сифилис, гонорея |
| 36. | Да | Нет | гепатит, другие заболевания печени | 47. | Да | Нет | герпес |
| 37. | Да | Нет | желудочные заболевания, язва желудка | 48. | Да | Нет | заболевания почек, мочевого пузыря |
| 38. | Да | Нет | аллергия к пище, лекарствам, мед. препаратам, латексу | 49. | Да | Нет | заболевания щитовидной железы, надпочечников |
| 39. | Да | Нет | Наблюдались ли у Ваших близких родственников диабет, болезни сердца, злокачественные опухоли? | 50. | Да | Нет | диабет |

IV. ПОЛЬЗУЕТЕСЬ ИЛИ ПОЛЬЗОВАЛИСЬ ЛИ ВЫ:

- | | | | | | | | |
|-----|----|-----|--|-----|----|-----|---------------------------------------|
| 51. | Да | Нет | психиатрическим обслуживанием? | 56. | Да | Нет | больничным обслуживанием? |
| 52. | Да | Нет | радиологическое лечение, рентгенотерапией? | 57. | Да | Нет | переливаниями крови? |
| 53. | Да | Нет | химиотерапией? | 58. | Да | Нет | хирургическим обслуживанием? |
| 54. | Да | Нет | искусственным сердечным клапаном? | 59. | Да | Нет | пейсмекером (водителем ритма сердца)? |
| 55. | Да | Нет | искусственным суставом? | 60. | Да | Нет | контактными линзами? |

V. УПОТРЕБЛЯЕТЕ ЛИ ВЫ:

- | | | | | | | | |
|-----|----|-----|---|-----|----|-----|-----------------------|
| 61. | Да | Нет | наркотики или другие подобные препараты? | 63. | Да | Нет | табак, в любой форме? |
| 62. | Да | Нет | лекарства, купленные по рецепту врача или без рецепта (в т. ч. аспирин), натуральные препараты? | 64. | Да | Нет | алкогольные напитки? |

Пожалуйста, перечислите: _____

VI. ВОПРОСЫ ДЛЯ ЖЕНЩИН:

- | | | | | | | | |
|-----|----|-----|--|-----|----|-----|---|
| 65. | Да | Нет | Беременны ли Вы, подозреваете ли Вы у себя беременность, кормите ли Вы грудью? | 66. | Да | Нет | Принимаете ли противозачаточные таблетки? |
|-----|----|-----|--|-----|----|-----|---|

VII. ВОПРОСЫ ДЛЯ ВСЕХ:

- | | | | |
|-----|----|-----|--|
| 67. | Да | Нет | Наблюдаются или наблюдались ли у Вас другие заболевания либо проблемы медицинского характера, НЕ перечисленные выше? |
|-----|----|-----|--|

Если да, укажите, какие: _____

По мере возможности, я ответил(а) на все вопросы полностью и точно. О любых изменениях в состоянии моего здоровья и/или в режиме приема лекарств я буду сообщать моему зубному врачу.

Подпись пациента: _____ Дата: _____

ПОВТОРНЫЙ ОПРОС:

- | | | | | |
|----|-------------------|-------|-------|-------|
| 1. | Подпись пациента: | _____ | Дата: | _____ |
| 2. | Подпись пациента: | _____ | Дата: | _____ |
| 3. | Подпись пациента: | _____ | Дата: | _____ |