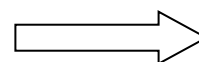




ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ	Фамилия	Имя	
	Личный код	Место жительства	
	Домашний/рабочий телефон		Профессия/учебное заведение
	Адрес		
	Почтовый индекс	Почтовое отделение	
ЗДОРОВЬЕ	Причина обращения _____ _____		
	Принимаете ли Вы регулярно какие-либо лекарства? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> 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
Проходите ли Вы в данный момент цитостатическую терапию?		<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да
Есть ли у Вас протез сустава/артериальный 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 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 _____

Проверните лист



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

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