Анкета Здоровья

Дата: ___/___/_____ г.

СТОМАТОЛОГИЯ ПАВЛА ПОЛА

Имя: Данила
Отчество: Алексеевич
Фамилия: Тест
Дата рождения: 22 февраля 1999 г.
Почта: danila.lub@mail.ru
Телефон: +7 931 223 45 22

Последнее посещение врача-стоматолога (месяц, год)
24ю12

Наблюдаюсь (состою на учете) у кардиолога
Да

Заболевания сердца (стенокардия, порок сердца, др.)
Да

Проводилась ли операция на сердце?
Да
1цйвц

У меня есть кардиостимулятор
Да

Постоянно или периодически принимаю сердечные препараты
Да

Повышается или понижается артериальное давление
Да

Постоянно или периодически принимаю препараты, разжижающие кровь
Да

Инсульт, атеросклероз
Да

Заболевания крови
Да

Нарушение свертываемости крови, длительные кровотечения
Да

Заболевания легких или бронхов
Да

Туберкулез
Да

Заболевания почек
Да

Заболевания печени
Да

Гепатит
Да
ффффф

Заболевания желудка, кишечника
Да

Заболевания поджелудочной железы
Да

Сахарный диабет
Да
11111

ВИЧ (СПИД)
Да

Венерические заболевания
Да

Заболевания головного мозга, нервной системы
Да

Эпилепсия, судороги
Да

Сотрясения головного мозга
Да
22222

Периодически бывают головокружения
Да

Анкета Здоровья

Дата: ___/___/____ г.

СТОМАТОЛОГИЯ ПАВЛА ПОЛА

Принимаю антидепрессанты или аналогичные препараты
Да

Являетесь ли Вы донором или проводилось ли переливание крови?
Да

Заболевания уха, горла, носа
Да

Заболевания глаз
Да

Заболевания щитовидной железы
Да

Заболевания костей и суставов
Да

Состою на учете в лечебной организации
Да

Проводились ли операции
Да
33333

Связана ли Ваша работа с вредными факторами (химическими, облучение и др.)?
Да

За последние 10 лет проводилась лучевая или химиотерапия?
Да

Курите ли Вы?
Да

Если у Вас аллергия
Да
44444

При стом.лечении в прошлом наблюдались ли какие-то осложнения?
Да

Наличие болей и щелканье в нижнечелюстных суставах
Да

Кровоточивость десен при чистке
Да

Принимали ли Вы лекарственные препараты группы бисфосфонатов?
Да

Принимаете ли Вы сейчас какие-либо лекарственные препараты на постоянной основе?
Да
555555

Бруксизм (ночное скрежетание зубами)
Да

Беременны ли Вы?
Да
666666

Являетесь ли Вы кормящей матерью?
Да

В последние 6-8 месяцев проводилась лекарственная подготовка к беременности
Да

Дополнительно сообщаю о своем здоровье следующее:
777777777

___/___/_____ г. _____/_____