



## ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

Зубному врачу нужна информация о Ваших возможных болезнях и прописанных Вам лекарствах для обеспечения безвредности лечения. Данные являются конфиденциальными.

|   |                                       |                 |
|---|---------------------------------------|-----------------|
| ФИО _____   | Идентификационный номер _____ - _____ |                 |
| Профессия и место работы _____                    |                                       |                 |
| Домашний адрес _____                              |                                       |                 |
| Индекс _____                                      |                                       |                 |
| Номер телефона, домашний _____                    | рабочий _____                         | мобильный _____ |
| Электронная почта _____                           |                                       |                 |
| <input type="checkbox"/> Я ветеран войны/тральщик |                                       |                 |

## ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ

Оцените состояние своего здоровья на данный момент? \_\_\_\_\_

Имеете ли Вы в настоящий момент или ранее переносили ли Вы болезнь(и), указанную(ые) ниже?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Аллергия (лекарства, пищевые продукты, латекс), какая? _____ |   |
| <input type="checkbox"/> Сердечно-сосудистые заболевания                              | <input type="checkbox"/> Остеопороз   |
| <input type="checkbox"/> инфаркт миокарда   | <input type="checkbox"/> Болезни почек  |
| <input type="checkbox"/> стимулятор сердца  | <input type="checkbox"/> Болезни печени, гепатит  |
| <input type="checkbox"/> порок сердца   | <input type="checkbox"/> Болезни щитовидной железы  |
| <input type="checkbox"/> искусственный клапан   | <input type="checkbox"/> Раковые заболевания  |
| <input type="checkbox"/> Инфаркт головного мозга                                      | <input type="checkbox"/> Неврологические заболевания, эпилепсия   |
| <input type="checkbox"/> Повышенное кровяное давление                                 | <input type="checkbox"/> Повторяющаяся головная боль  |
| <input type="checkbox"/> Сосудистые заболевания, анемия                               | <input type="checkbox"/> Психические заболевания  |
| <input type="checkbox"/> Склонность к кровотечениям                                   | <input type="checkbox"/> Слабое зрение, слабый слух   |
| <input type="checkbox"/> Диабет   | <input type="checkbox"/> Болезнь, передающаяся через кровь  |
| <input type="checkbox"/> Заболевание органов дыхания, астма                           | <input type="checkbox"/> MRSA (метициллин-резистентный золотистый стафилококк), VRE (ванкомицин-резистентный энтерококк) или иная внутрибольничная инфекция |
| <input type="checkbox"/> Заболевания кишечника  | <input type="checkbox"/> ВИЧ  |
| <input type="checkbox"/> Заболевание опорно-двигательного аппарата                    | <input type="checkbox"/> Другая болезнь, какая? _____   |
| <input type="checkbox"/> Ревматизм  |   |

Дополнительная информация, которую Вы хотите сообщить: \_\_\_\_\_

Я принимаю регулярно следующие лекарства: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Я беременна, предполагаемый срок родов \_\_\_\_\_
- Я получил(а) лучевую терапию на область головы или шеи.
- Мне установлен протез сустава/протез кровеносного сосуда или другие искусственные части тела.
- Мне была сделана трансплантация органа.

Вызывал ли у Вас местный наркоз побочные эффекты? Какие? \_\_\_\_\_

#### КУРЕНИЕ И УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Курение и употребление алкоголя и наркотических средств влияют на состояние полости рта.

Я курю или употребляю нюхательный табак \_\_\_\_\_ раз в день.

Как часто Вы употребляли алкоголь за последние 12 месяцев?

- 6-7 раз в неделю       3-5 раз в неделю       2 раза в неделю       1 раз в неделю
- два раза в месяц       реже       ни разу

#### ЗДОРОВЬЕ ЗУБОВ И ПОЛОСТИ РТА

Причина обращения к зубному врачу: \_\_\_\_\_

Когда в последний раз Вы проверяли состояние полости рта? \_\_\_\_\_

Когда в последний раз Вы лечили зубы? \_\_\_\_\_

Были ли какие-либо затруднения в лечении Ваших зубов? Какие? \_\_\_\_\_

Как часто Вы чистите зубы?

- не менее 2-х раз в день       1 раз в день       реже

Как часто Вы чистите межзубные промежутки?

- не менее 1-го раза в день       несколько раз в неделю       1-2 раза в неделю       реже

Какое из следующих высказываний является наиболее подходящим для описания Вашего режима питания?

- Здоровое и регулярное питание, в которое запланирован приём пищи 4-6 раз в день.
- Здоровое и регулярное 2-3-разовое питание
- Регулярное 2-3-разовое питание, но между приёмами пищи перекусы.
- Нерегулярное питание и перекусы на протяжении всего дня.

Мой напиток для утоления жажды \_\_\_\_\_

Я употребляю ежедневно

- прохладительные напитки/соки       спортивные/энергетические напитки       другие сладкие/кислые напитки

Я соблюдаю специальную диету. Какую? \_\_\_\_\_

#### Информирование по закону о персональных данных (523/99)

Ваши данные будут занесены в реестр пациентов, который ведётся

- a) стоматологом
- b) стоматологической клиникой (централизованный реестр, см. ниже)

#### Согласие на использование данных

Я согласен/согласна на занесение моих данных в централизованный реестр.

Реестр ведётся совместно стоматологической клиникой и работающими в ней стоматологами. Ваши данные являются конфиденциальными. С Вашего разрешения данные могут быть использованы для Вашего лечения в стоматологической клинике. Другим лицам они могут быть переданы только в соответствии с требованиями закона или же с Вашего разрешения. У Вас есть возможность проверить Ваши данные, занесённые в реестр. Дополнительную информацию Вы можете получить в разъяснительных и информационных буклетах в приёмной клиники.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента