



ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

«ДАЙМЕНД-ДЕНТ ЛТД»

3001, г. Донецк, Ворошиловский район, пр. Гурова, д.1, кв. 22,  
тел. 382-66-66, 095-062-01-02, 071-321-77-70  
ИКЮЛ 25337545

### Анкета о состоянии здоровья пациента

Успешность стоматологического лечения может зависеть от наличия и степени развития общих заболеваний организма. Вот почему врачу важны сведения о состоянии Вашего здоровья. Они помогут правильно составить план лечения.

Сообщаемые Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.  
ФИО пациента \_\_\_\_\_ г.р. \_\_\_\_\_

Как Вы бы оценили состояние своих зубов и полости рта по шкале от 1 до 10? \_\_\_\_\_

Дата последнего посещения стоматолога? \_\_\_\_\_

Вы регулярно посещаете стоматолога? Каждые: 3 месяца  6 месяцев  12 месяцев  нерегулярно

1. Есть ли у вас в настоящее время или были в прошлом такие заболевания/состояния

- Заболевания желудочно-кишечного тракта \_\_\_\_\_
- Заболевания сердца \_\_\_\_\_
- Заболевания почек \_\_\_\_\_
- Заболевания органов эндокринной системы \_\_\_\_\_
- Заболевания крови \_\_\_\_\_
- Болезни органов дыхания \_\_\_\_\_
- Заболевания нервной системы \_\_\_\_\_
- Артериальное давление (гипертония, гипотония, в норме) \_\_\_\_\_

2. Состоите ли на учете в лечебном учреждении? \_\_\_\_\_

3. Принимаете ли вы в настоящее время какие-либо лекарственные препараты?(если да, то какие) \_\_\_\_\_

4. Бывают ли у вас аллергические реакции? Если да, то:

- на что бывает аллергия \_\_\_\_\_
- как она проявляется (покраснение, сыпь, зуд, отек, слезотечение, анафилактический шок и др.) \_\_\_\_\_

Время последней аллергической реакции \_\_\_\_\_

Пожалуйста, ответьте ДА или НЕТ на следующие вопросы:

#### ЛИЧНЫЙ АНАМНЕЗ

- |   | ДА                       | НЕТ                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Испытываете ли Вы страх перед стоматологическим лечением?                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Есть ли у Вас неблагоприятный опыт предыдущего лечения?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Были ли у Вас осложнения после стоматологических вмешательств?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Были ли когда-нибудь негативные последствия после проведения местной анестезии? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Проводилось ли когда-нибудь ортодонтическое лечение?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Есть ли у Вас проблемы с осанкой?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### ХАРАКТЕРИСТИКА УЛЫБКИ

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Вы хотите изменить что-нибудь во внешнем виде Ваших зубов?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Вы когда-нибудь отбеливали зубы?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Были ли Вы когда-нибудь разочарованы результатом предыдущих стоматологических пломб, коронок?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Мы восстанавливаем улыбку, которая у Вас была раньше, или создаем такую, которой у Вас никогда не было? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## ПРИКУС И ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ

ДА НЕТ

- Есть ли у Вас проблемы с челюстным суставом (боль при открывании рта, шумы в ушах, ограничение открывания рта, щелчки при открывании рта и зевании)?
- Имеете ли Вы проблемы с дикцией?
- Отмечаете ли Вы, что стараетесь найти наиболее комфортное положение челюстей при смыкании зубов?
- Испытываете ли Вы трудности с жеванием или избегаете ли Вы жвачку, морковь, орехи, сухари или другую твердую или сухую пищу?
- Изменились ли Ваши зубы за последние 5 лет, стали короче, тоньше или произошло истирание зубов?
- Стискиваете ли Вы зубы или скрепите зубами днем или ночью?
- Страдаете ли Вы головной болью (мигренью)?
- Есть ли у Вас проблемы со сном (т.е. беспокойный сон), просыпаетесь ли Вы с головной болью или чувством ошущения собственных зубов?
- Носите ли Вы или носили когда-нибудь каппы?

## СТРУКТУРА ЗУБОВ

- Лечили ли Вы зубы от кариеса в последние 3 года?
- Есть ли у Вас чувствительность зубов на горячее, холодное или сладкое, как при пережёвывании, так и при приеме жидкости?
- Застревает ли пища между зубами, как регулярно?

## ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАРОДОНТА

- Кровоточат ли десны во время еды, чистки щеткой или зубной нитью?
- Проводилось ли когда-либо лечение десен?
- Вы когда-либо ощущали неприятный привкус во рту или неприятный запах?
- Страдает ли кто-нибудь из Ваших родственников заболеваниями дёсен?
- Отмечали ли Вы увеличение видимой длины коронки зуба (рецессия десны)?
- Не возникало ли у Вас чувство жжения в полости рта?

## ДЛЯ ПАЦИЕНТОК

- Беременны ли Вы?
- Являетесь ли кормящей матерью?

Я искренне ответил(а) на пункты анкеты. Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья следующее:

Мне известно, что сведения о состоянии здоровья надо периодически обновлять.

Дата \_\_\_\_\_

Подпись пациента \_\_\_\_\_