

Форма для сбора анамнеза стоматологического пациента, не достигшего возраста 18 лет

Ф.И.О. Пациента:		Дата рождения Пациента:	
Пол Пациента:			
Ф.И.О. законного Представителя			
Адрес:		Тел. законного Представителя:	
Испытывает ли Пациент чувство боли или дискомфорта в настоящее время? <input type="checkbox"/>			
Сильно ли Пациент нервничает перед предстоящим стоматологическим лечением? <input type="checkbox"/>			
Был ли у Пациента опыт негативного общения со стоматологом? <input type="checkbox"/>			
Лечился ли Пациент стационарно в течение прошедших двух лет? <input type="checkbox"/>			
Наблюдался ли Пациент у врача последние два года (у любого врача)? <input type="checkbox"/>			
Принимает ли Пациент продолжительно какие либо препараты в течении последних двух лет? <input type="checkbox"/>			
Есть ли у Пациента аллергия (т.е. зуд кожи, кожная сыпь, отеки, конъюнктивит и т.д.), страдает ли Пациент после приёма пенициллина, аспирина, кодеина или других лекарственных препаратов? <input type="checkbox"/>			
Было ли у Пациента сильное кровотечение, требующее соответствующего лечения? <input type="checkbox"/>			
Когда Пациент поднимается по лестнице или идёт, приходится ли ему останавливаться из-за боли в грудной клетке и/или нехватки дыхания? <input type="checkbox"/>			
У Пациента отекают ноги за день? <input type="checkbox"/>			
Принимает ли Пациент снотворные/релаксирующие препараты либо антидепрессанты? <input type="checkbox"/>			
Просыпался ли Пациент когда-нибудь от нехватки дыхания? <input type="checkbox"/>			
Придерживается ли Пациент специальной диеты? <input type="checkbox"/>			
Страдает ли Пациент онкологическими заболеваниями? <input type="checkbox"/>			
У Пациента есть заболевания, состояния или проблемы, которые не перечислены выше? <input type="checkbox"/>			
Отметьте те состояния, которые были у Пациента, когда то или имеются в настоящее время:			
Остановка сердца <input type="checkbox"/>	Кашель <input type="checkbox"/>	Гепатит С <input type="checkbox"/>	
Сердечные заболевания <input type="checkbox"/>	Туберкулёз <input type="checkbox"/>	Желтуха <input type="checkbox"/>	
Стенокардия <input type="checkbox"/>	Астма <input type="checkbox"/>	Заболевания печени <input type="checkbox"/>	
Высокое кровяное давление <input type="checkbox"/>	Сенная лихорадка <input type="checkbox"/>	Заб. пищеварительной сист. <input type="checkbox"/>	
Аритмии <input type="checkbox"/>	Заболевания пазух носа <input type="checkbox"/>	Гемотрансфузии <input type="checkbox"/>	
Ревматизм <input type="checkbox"/>	Аллергия, крапивница. <input type="checkbox"/>	Лекарственная зависимость <input type="checkbox"/>	
Врождённые пороки сердца <input type="checkbox"/>	Сахарный диабет <input type="checkbox"/>	Гемофилия <input type="checkbox"/>	
Скарлатина <input type="checkbox"/>	Заболевания щитовид. железы <input type="checkbox"/>	Венерические заболевания <input type="checkbox"/>	
Искусств. сердечный клапан <input type="checkbox"/>	Лучевое лечение <input type="checkbox"/>	Герпес <input type="checkbox"/>	
Водитель ритма сердца <input type="checkbox"/>	Химиотерапия <input type="checkbox"/>	Генитальный герпес <input type="checkbox"/>	
Операции на сердце <input type="checkbox"/>	Артриты <input type="checkbox"/>	Эпилепсия <input type="checkbox"/>	
Искусственные суставы <input type="checkbox"/>	Стероидная терапия <input type="checkbox"/>	Нарушения координации <input type="checkbox"/>	
Анемия <input type="checkbox"/>	Глаукома <input type="checkbox"/>	Неврозы <input type="checkbox"/>	
Нарушение мозгового кровообр. <input type="checkbox"/>	Боль в суставах <input type="checkbox"/>	Психиатрическое лечение <input type="checkbox"/>	
Заболевания почек <input type="checkbox"/>	СПИД <input type="checkbox"/>	Малярия <input type="checkbox"/>	
Язвы <input type="checkbox"/>	Гепатит А <input type="checkbox"/>	У Пациента легко возникают синяки? <input type="checkbox"/>	
Эмфизема <input type="checkbox"/>	Гепатит Б <input type="checkbox"/>		
Для Пациентов женского пола			
Есть ли у Пациента сейчас беременность? <input type="checkbox"/>			
Принимает ли Пациент контрацептивные препараты? <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<i>Все перечисленные выше ответы правильны и корректны. Если в состоянии здоровья Пациента произойдут изменения, я обязательно информирую об этом лечащего врача Пациента в следующее посещение.</i>			

Дата: _____ **Врач:** _____

Законный Представитель: _____