

Форма для сбора анамнеза стоматологического пациента на анонимной основе

Цифровой код пациента согласно Договору:						
Пол:						
Испытываете ли вы чувство боли или дискомфорта в настоящее время?	<input type="checkbox"/>					
Вы сильно нервничаете перед предстоящим стоматологическим лечением?	<input type="checkbox"/>					
Был ли у Вас опыт негативного общения со стоматологом?	<input type="checkbox"/>					
Лечились ли Вы стационарно в течение прошедших двух лет?	<input type="checkbox"/>					
Наблюдались ли Вы у врача последние два года (у любого врача)?	<input type="checkbox"/>					
Принимали ли Вы продолжительно какие либо препараты в течении последних двух лет?	<input type="checkbox"/>					
Есть ли у Вас аллергия (т.е. зуд кожи, кожная сыпь, отёки, конъюнктивит и.т.д), Вы страдаете после приёма пенициллина, аспирина, кодеина или других лекарственных препаратов?	<input type="checkbox"/>					
Было ли у Вас сильное кровотечение, требующее соответствующего лечения?	<input type="checkbox"/>					
Когда Вы поднимаетесь по лестнице или идёте, приходится ли Вам останавливаться из-за боли в грудной клетке и нехватки дыхания?	<input type="checkbox"/>					
У Вас отекают ноги за день?	<input type="checkbox"/>					
Вы принимаете снотворные/релаксирующие препараты либо антидепрессанты?	<input type="checkbox"/>					
Вы когда-нибудь просыпались от нехватки дыхания?	<input type="checkbox"/>					
Вы придерживаетесь специальной диеты?	<input type="checkbox"/>					
Вы страдаете онкологическими заболеваниями?	<input type="checkbox"/>					
У Вас есть заболевания, состояния или проблемы, которые не перечислены выше?	<input type="checkbox"/>					
Отметьте те состояния, которые у Вас были, 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"/>	Заболевание 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"/>	Антибиоти	<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"/>	Гиперлаукома	<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 Вас легко возникают синяки?	<input type="checkbox"/>	
Эмфизема	<input type="checkbox"/>	Гепатит Б	<input type="checkbox"/>			
Для женщин						
Вы сейчас беременны?						<input type="checkbox"/>
Принимаете ли Вы контрацептивные препараты?						<input type="checkbox"/>
Вы собираетесь забеременеть?						<input type="checkbox"/>
<i>Все перечисленные выше ответы правильны и корректны. Если в моём состоянии здоровья произойдут изменения, я обязательно информирую об этом своего стоматолога в следующее посещение.</i>						

Дата: _____

Врач: _____

Пациент: _____