

13. Руководство клиники вправе отказать пациенту в лечении на любом этапе.

Подпись _____

[illegible]

КАРТА ОПРОСА БОЛЬНОГО (АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ)

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____

Число/месяц/год рождения _____ Номер телефона _____

Адрес по месту регистрации _____

Паспорт Серия _____ № _____ Даты выдачи _____ Код подразделения _____

Кем выдан _____

Откуда узнали о нас _____

Достоверность вышеуказанной информации гарантирую.

Дата «__» _____ 2026 г. Подпись пациента _____

Я даю свое согласие на обработку и использование персональных данных. Также данным согласием я разрешаю их хранение, систематизацию, обновление, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законом Российской Федерации. Я разрешаю администратором клиники звонить по указанным мной в анкете телефонам, чтобы напомнить о приёме, контрольном осмотре или сообщить о других изменениях в расписании клиники.

АНКЕТА О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ

Отвечая на вопросы анкеты, надо давать ответ ДА или НЕТ по каждому пункту. Сообщаемые Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

Последнее посещение врача стоматолога _____
(указать месяц и год)

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ:

* на местные анестетики	ДА	НЕТ
* на антибиотики	ДА	НЕТ
* на сульфаниламиды (класс антибиотиков)	ДА	НЕТ
* на препараты йода	ДА	НЕТ
* на гормональные препараты	ДА	НЕТ
* на другие лекарственные препараты	ДА	НЕТ
* на пыльцу и растения	ДА	НЕТ
* на пищевые продукты	ДА	НЕТ
* на шерсть животных	ДА	НЕТ
* на другие вещества	ДА	НЕТ
Постоянно или периодически принимаю лекарственные препараты	ДА	НЕТ

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ:

Кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная)	ДА	НЕТ
Появление герпеса «простуды» на губах с периодичностью _____ в год	ДА	НЕТ
Бруксизм (ночное скрежетание зубов)	ДА	НЕТ
Периодическое появление язв в полости рта	ДА	НЕТ
Чувствую запах изо рта	ДА	НЕТ
Вредные привычки (курение)	ДА	НЕТ

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

Сахарный диабет	ДА	НЕТ
Повышение или понижение артериального давления	ДА	НЕТ
Эпилепсия и др. заболевания центральной и периферической нервной системы	ДА	НЕТ
Наличие заболевания СПИД	ДА	НЕТ
Венерические заболевания, Инфекционные заболевания (ВИЧ, сифилис, хламидиоз, генетальный герпес)	ДА	НЕТ
Бывает ли головокружение, потеря сознания, отдышка при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов	ДА	НЕТ

ДЛЯ ПАЦИЕНТОК:

Беременны ли Вы?	ДА	НЕТ
Являетесь ли Вы кормящей матерью?	ДА	НЕТ

Я искренне ответил (а) на пункты анкеты.

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

Мне известно, что гарантии на каждую выполненную Исполнителем работу будут определяться с учетом моего здоровья.

Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога, мне надо сообщать об этом врачу.

«__» _____ 2026г. _____ / _____ /