

Анкета пациента

Пожалуйста внесите необходимую информацию в выделенные поля и отправьте нам форму на адрес info@bostoninst.ru. Форму можно заполнить как в электронном виде (выделенные поля интерактивны), так и распечатав документ.

Пациент

Телефон для связи

Дата заполнения

Ваш E-Mail

Кого мы можем благодарить за Ваше обращение в нашу клинику?

На процесс лечения заболеваний полости рта и челюстно-лицевой области могут оказать влияние общие заболевания организма, а также лекарственные препараты, которые Вы принимаете. Поэтому просим Вас внимательно заполнить данную анкету. Мы гарантируем, что сведения, указанные Вами в анкете, будут использованы только для выбора метода лечения с учетом Вашего здоровья и не будут доступны посторонним лицам. **Есть ли у Вас сейчас (были ли у Вас ранее) эти состояния:**

Гипертония (повышенное давление)
Понижение артериального давления
Инсульт, заболевания сердца
Искусственный клапан сердца
Аритмия/искусств. водитель ритма
Гемофилия/частые кровотечения
Тромбоз/отеки ног
Головокружения, обмороки

Артриты/болезни суставов тела
Бронхиальная астма
Нарушение носового дыхания
Гайморит/синусит/фронтит
Перенесенные операции (указать):

Частые инфекции носоглотки, ушей
Невриты/др. заболевания нервной с
Травмы головы
Головная боль
Эпилепсия/судороги
Аутоиммунное заболевание/СПИД
Опухолевые заболевания
Лучевая терапия

Прием психотропных препаратов
Аллергии (бытовая, пищевая)
Аллергия на отдельные лекарства:
– какие?

Сахарный диабет
Резкое увеличение/снижение веса
Заболевания щитовидной железы
Бессонница ночью/дневная сонливость
Гепатит/другие заболевания печени
Язвенная болезнь желудка/кишечника
Делаете ли Вы маникюр/педикюр/
инъекции в косметологическом
салоне?

Принимаете ли Вы лекарства:
– подавляющие иммунитет? Какие?

– влияющие на костную ткань
(бисфосфонаты)? Какие?

Наблюдались ли у Вас ранее случаи затруднения дыхания при лечении? **да нет**

Находитесь ли Вы на диспансерном наблюдении у какого-либо специалиста? **да нет**

Принимаете ли Вы в настоящее время постоянно какие-либо лекарства? **да нет**

Если да, то какие именно ?

Курите ли Вы? **Да**, _____ сигарет в день. **Нет**

Когда-нибудь Вы рассматривали вопрос об отбеливании Ваших зубов? **да нет**

Хотели бы Вы знать больше о технологиях улучшения эстетики зубов? **да нет**

Основная причина Вашего обращения

Оцените Вашу улыбку по 10-балльной шкале

Что бы Вы хотели изменить в своей улыбке?

Вопросы для женщин:

предполагаете ли Вы, что беременны? **Да нет**. В данный момент период лактации? **Да нет**

Я несу ответственность за точность, достоверность и полноту информации о состоянии моего здоровья при заполнении данной анкеты.