

# Анамнестическая анкета

Учёное звание \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ № страховки \_\_\_\_\_ Больничная касса \_\_\_\_\_

Дополнительная страховка \_\_\_\_\_ Пол М Ж

Адрес \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_

Номер моб. тел. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Профессия \_\_\_\_\_ Место работы \_\_\_\_\_

Кем рекомендовано \_\_\_\_\_

Заполнять в случае, если ..

Законный представитель (пациент несовершеннолетний/опекаемый)

Поручитель / плательщик

Звание \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_ Индекс \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_

Номер моб. тел.: \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Следующие данные необходимы исключительно для оптимизации Вашего лечения. Поэтому мы просим Вас, сообщать нам в дальнейшем об изменении состояния Вашего здоровья и данных.

Все предоставленные Вами данные являются врачебной тайной.

Назовите нам пожалуйста причину Вашего визита:

Контроль  Профилактика  Зубная эстетика  Санация

Консультация пародонтолога  Эндодонтия  Имплантант  Неотложная медицинская помощь

Осветление зубов  По направлению врача  Прочее \_\_\_\_\_

Дата последнего посещения зубного врача \_\_\_\_\_ Причина визита \_\_\_\_\_

Необычные реакции на уколы, медикаменты или стоматологические материалы?  Да  Нет

Какие были рентгеновские снимки за последние 12 месяцев (в области челюсти)? \_\_\_\_\_

Было ли у Вас когда-нибудь...

- Регулирование челюсти
- Шлифовка зубов
- Операция в челюстно-лицевой области
- Нет

Есть ли у Вас жалобы на

- Дёсна
- Разжёвываемость
- Верхнечелюстную/Околоносовую пазухи
- Височно-нижнечелюстной сустав
- Нет

Довольны ли Вы

- Положением  Да  Нет
- Цветом  Да  Нет
- Формой  Да  Нет
- Ваших зубов

# Анамнестическая анкета

<b>Заболевания</b> <input type="checkbox"/> Сердечно-сосудистые заболевания Какие? _____ <input type="checkbox"/> Кардиостимулятор <input type="checkbox"/> Нарушения свертывания крови <input type="checkbox"/> Высокое давление <input type="checkbox"/> Низкое давление <input type="checkbox"/> Иммунные заболевания (например ВИЧ) <input type="checkbox"/> Нарушение заживления ран <input type="checkbox"/> Диабет (сахарный диабет) <input type="checkbox"/> Заболевания костного мозга <input type="checkbox"/> Облучение челюстной кости <input type="checkbox"/> Остеопороз <input type="checkbox"/> Онкозаболевание <input type="checkbox"/> Лечение пародонтита <input type="checkbox"/> Наркотическая зависимость <input type="checkbox"/> Астма /болезнь лёгких	<b>Заболевания</b> <input type="checkbox"/> Заболевания нервной системы <input type="checkbox"/> Ревматические заболевания <input type="checkbox"/> Депрессии/психозы <input type="checkbox"/> Заболевания печени <input type="checkbox"/> Заболевания почек <input type="checkbox"/> Эпилепсия <input type="checkbox"/> Желудочно-кишечные заболевания <input type="checkbox"/> Непатит <input type="checkbox"/> Серьезные аварии с потерей сознания <input type="checkbox"/> Прочее: _____ <input type="checkbox"/> Лучевая терапия <input type="checkbox"/> Химиотерапия	<b>Принимаете ли Вы медикаменты</b> <input type="checkbox"/> Для разжижения крови <input type="checkbox"/> Против рака <input type="checkbox"/> Против Остеопороза <input type="checkbox"/> как правило: _____ <input type="checkbox"/> в настоящий момент: _____ <input type="checkbox"/> нет
		<b>Курите ли Вы</b> <input type="checkbox"/> Да, сколько сигарет в день? ____ С какого времени ____ <input type="checkbox"/> больше не курю; с какого времени ____ <input type="checkbox"/> Нет, никогда не курил
		<b>Для пациенток - беременность:</b> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> да, месяц: _____

- Мне сообщили, что амбулатория Updent (Апдент) - доктор Карл Шванингер и врачи консультанты, является частной амбулаторией без контракта с государственными медицинскими кассами.
- Я даю свое согласие, что в случае медицинской необходимости по усмотрению доктора Карла Шванингера, или другого врача данной амбулатории, медицинские данные пациента (включая рентген, и др.), могут быть затребованы третьими организациями.
- Я принимаю во внимание, что в случае несвоевременного отказа от назначенной даты приёма (не менее чем за 48 часов), без особых причин, амбулатория оставляет за собой право выставить счет за потерю рабочего времени.
- Меня уведомили о том, что инъекций и медикаменты, применяемые до и во время лечения, негативно влияют на мою способность принимать участие в дорожном движении в течении 4-6 часов после употребления.
- Я даю свое согласие, что полученные в ходе лечения данные могут быть использованы для научного исследования и докладов (анонимно).
- Местом юрисдикции является районный суд города Йозефштадт.
- Я подтверждаю правильность и полноту приведенной выше информации.

Дата \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_