



STOMION
CLINIC

г. Ставрополь,
ул. 45 параллель, 22 Г,
+7 (928) 814-68-68

Приложение к договору на оказание платных медицинских услуг № _____

МЕДИЦИНСКИЙ АНАМНЕЗ

дата

Ф.И.О. _____ дата рождения _____

Как вы оцениваете общее состояние вашего здоровья: отличное ___ удовлетворительное ___ плохое ___

Как вы оцениваете общее состояние ваших зубов: отличное ___ удовлетворительное ___ плохое ___

Есть ли у Вас сейчас или были в прошлом:		ДА	НЕТ
1.	Госпитализация по болезни или по травме		
2.	Лечение у стоматолога		
3.	Была ли использована ранее в лечении анестезия?		
4.	Были ли трудности с обезболиванием?		
	Аллергическая реакция или состояния:		
	-на анестетик (на обезболивающее)? если да - на какой препарат?		

	- аспирин/ибупрофен/парацетамол		
	- пенициллин/ эритромицин		
	- тетрациклин/ сульфаниламидные препараты		
	- фториды		
	- (никель, золото, серебро)/латекс		
	- крапивница, кожная сыпь, сенная лихорадка		
	- другое: _____		
5.	Проблемы с сердцем (врожденный порок, искусственный клапан, стент, шунтирование, водитель ритма, дефибриллятор)		
6.	Инфекционный эндокардит в прошлом		
7.	Ортопедические протезы (замена суставов)		
8.	Ревматизм или скарлатина		
9.	Высокое/низкое артериальное давление, инсульт/принимаете ли антикоагулянты		
10.	Анемия или другие проблемы с кровью, замедленная свёртываемость крови		
11.	Туберкулез, корь, ветряная оспа		
12.	Астма, одышка, эмфизема, саркоидоз		
13.	Нарушение сна/храп/синусит		
14.	Заболевание почек		
15.	Заболевание печени/ желтуха		
16.	Недостаточность гормонов, проблемы с щитовидной и околощитовидной железой		
17.	Повышенный холестерин/прием препаратов, понижающих уровень холестерина		
18.	Диабет		
19.	Нарушение пищеварительной системы (гастроэнтерит бактериальный, гастрит, язва желудка или двенадцатиперстной кишки)		
20.	Остеопороз/остеопения (прием бисфосфонатов)		
21.	Артрит, ревматизм, скарлатина		
22.	Аутоиммунные заболевания (ревматоидный артрит)		
23.	Глаукома		
24.	Контактные линзы		
25.	Травмы головы или шеи		
26.	Неврологические проблемы, СДВ, эпилепсия, судороги, припадки		
27.	Вирусные инфекции (герпес/гепатит ___ тип гепатита)		
28.	Заболевания, передаваемые половым путем		
29.	ВИЧ/СПИД		
30.	Опухоли или новообразования на теле, любые новообразования в полости рта		
31.	Лучевая терапия, химиотерапия/иммуносупрессант		
32.	Психологические, эмоциональные проблемы, психиатрическое лечение, депрессия/приём антидепрессантов		
33.	Алкоголизм/наркотическая зависимость		
34.	В настоящее время проводится ли Вам какое-либо лечение?		

35.	Принимаете ли Вы препараты, регулирующие вес?		
36.	Есть ли чувство повышенной усталости, сонливости?		
37.	Часто ли у Вас головные боли?		
38.	Вы курите или курили? Сколько?		
39.	Есть ли у Вас повышенная раздражительность?		
40.	Для женщин – принимаете ли контрацептивы?		
41.	Для женщин – Вы беременны?		
42.	Для мужчин – есть ли заболевания простаты?		
43.	Проводилось ли Вам когда-нибудь ортодонтическое лечение?		
44.	Есть ли у Вас скученность зубов, промежутки между зубами, появилась подвижность зубов?		
45.	Проводилось ли когда-либо лечение дёсен или было рекомендовано?		
46.	Есть ли болезненность или кровоточивость дёсен во время еды, чистки зубов?		
47.	Есть ли у Вас неприятный привкус/жжение во рту? Неприятный запах изо рта?		
48.	Есть ли у Вас рецессии десны (оголение корней зубов)?		
49.	Есть ли у Вас сухость в полости рта, трудности в пережевывании сухой пищи?		
50.	Есть ли у Вас проблемы с височно-нижнечелюстным суставом (боль, щелчки, ограничение открывания рта)?		
51.	При смыкании зубов, чувствуете ли Вы, что нижняя челюсть вынужденно задвигается назад?		
52.	Легко ли Вам найти свой прикус или нужно стискивать челюсти, чтобы зубы совпали?		
53.	Располагаете ли Вы язык между зубами для удобства положения нижней челюсти?		
54.	Есть ли у Вас такие привычки, как например, грызть ногти, держать зубами предметы?		
55.	Стискиваете ли Вы зубы в течение дня, скрежещете ли Вы зубами ночью (или днём)?		
56.	Носите ли Вы или носили когда-нибудь зубные каппы (предохраняющие зубы)?		
57.	Вы когда-нибудь отбеливали зубы?		
58.	Есть ли у Вас недовольство внешним видом Ваших зубов?		

Опишите любое текущее или предстоящее медицинское лечение, хирургическое вмешательство или другие лечебные процедуры, которые могут повлиять на Ваше стоматологическое лечение:

Список медикаментов, витаминных препаратов, которые вы принимали за последние полгода:

Название лекарства	Цель приема

Пациент: _____ / _____
(подпись) (ФИО)

Врач: _____ / _____
(подпись) (ФИО)

ОБНОВЛЕНО:

Дата	Изменившиеся данные	Подпись

ВРЕМЯ РАБОТЫ:
 понедельник-суббота с 9.00 до 21.00

stomionclinic.ru
 stomionclinic.ru@gmail.com