



ООО «ЮТЭЛИ»

ОГРН 1036603159680, ИНН/КПП 6659096009 / 665901001

620027 г. Екатеринбург, ул. Братьев Быковых, д. 18

АМБУЛАТОРНАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ стоматологического больного

Уважаемый пациент, сообщенные Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

Фамилия:	
Имя:	
Отчество:	
Дата рождения:	
Домашний адрес:	
Контактные телефоны:	
E- mail:	
Профессия:	

Последующая информация является крайне важной для обеспечения эффективного стоматологического лечения в соответствии с Вашим общим состоянием здоровья. Вам необходимо дать полные и правильные ответы на все вопросы. Если вопрос непонятен или Вы не уверены в ответе, обсудите этот вопрос с врачом.

Неполная или неправильная информация может повредить Вашему здоровью!

Данные о состоянии здоровья

Вопрос	Да/Нет
1. Имеются ли у Вас какие-либо общие заболевания:	
• сердца	
• сахарный диабет	
• заболевания крови	
• заболевания щитовидной железы	
• эпилепсия	
• нервные болезни	
• венерические заболевания	
• онкологические заболевания	
• заболевания почек и мочевыводящих путей	
• инфекционный гепатит	
• заболевания печени	
• астма	
• желудочно-кишечные заболевания	
• туберкулез	
• бруксизм	
• невропатия	
• обмороки, потеря сознания	
2. Имеется ли у Вас аллергия? (Если «Да», то на что? Как проявляется?)	
3. Лечились ли Вы в последние два года в больнице или поликлинике? (Если «Да», то по какому поводу?)	
4. Состоите ли Вы на учете у нарколога?	
5. Состоите ли Вы на учете у психиатра?	

6.	Обследовались ли Вы на ВИЧ, СПИД?	
7.	Принимаете ли Вы какие-либо лекарственные препараты препятствующие свертыванию крови? (Если «Да», то какие?)	
8.	Наблюдается ли у Вас склонность к кровотечениям или кровоизлияниям (синякам), в т. ч. при удалении зубов?	
9.	Связана ли Ваша работа с вредными условиями труда? (Если «Да», то с какими?)	
10.	Курите ли Вы? Если Да - сколько сигарет в день и каких?	
11.	Были ли у Вас травмы головы или шеи, автомобильные аварии?	
12.	Проводилось ли Вам лечение височно-нижнечелюстного сустава?	
13.	Проводились ли у Вас костные операции с применением металлических штифтов, спиц, пластинок и т. п.? (Если «Да», то какие?)	
14.	Есть ли у Вас кардиостимулятор?	
15.	Проводилось ли Вам переливание крови? (Если «Да», то по какому поводу?)	
16.	Являетесь ли Вы донором?	
17.	Какое у Вас кровяное давление?	
18.	Хорошо ли Вы переносите обезболивание при удалении и лечении зубов? (Если «Нет», то какие были осложнения?)	
19.	Имеется ли у Вас кровоточивость десен при чистке зубов?	
20.	Бывают ли у Вас высыпания на слизистой оболочке полости рта?	
<p>Если у Вас появились герпетические высыпания на губах, необходимо отменить прием у стоматолога во избежание распространения вируса герпеса в полости рта и заражения сотрудников клиники!</p>		
21.	Были ли у Вас гнойные воспаления в челюстно-лицевой области?	
22.	Причины потери Ваших зубов (травма, разрушение вследствие кариеса, подвижность зубов при пародонтите, воспалительный процесс)?	
23.	Наблюдалось ли у Вас при предыдущем стоматологическом лечении аллергические реакции, продолжительное кровотечение, какие-либо другие осложнения во время или после стоматологического лечения? (Если «Да», то какие?)	
Для женщин:		
24.	Вы беременны, подозреваете беременность?	
25.	Являетесь ли Вы кормящей матерью?	
26.	Имеются ли нарушения менструального цикла, климакс?	
27.	Принимаете ли Вы противозачаточные препараты?	
Особые пожелания:		
28.	У меня рвотный рефлекс	
29.	Я не контролирую себя, находясь в стоматологическом кресле в положении лежа	
30.	Я давно не был(а) у стоматолога, и мне неловко от того, что вы скажете о моих зубах и гигиене полости рта	
31.	Я боюсь боли	
32.	Мне не нравятся уколы (или у меня была плохая реакция на уколы)	
33.	Пожалуйста, скажите мне то, что я должен(на) знать о состоянии моей полости рта, чтобы принять решение на основании полученной информации	
34.	Мои зубы очень чувствительны	
35.	Мне не нравятся хруст и скрежетание, которые издают инструменты	
36.	Мне не нравится вата во рту	

37. Я ненавижу звук бормашины	
38. Пожалуйста, уважайте мое время, я не хочу сидеть и ждать	
39. Я хочу знать стоимость лечения заранее. Пожалуйста, никаких сюрпризов, связанных с деньгами	
40. Мне трудно слушать и запоминать, когда я нахожусь в стоматологическом кресле	
41. У меня есть проблемы со здоровьем и вопросы, которые нам необходимо обсудить	

Насколько мне известно, на все вопросы я ответил(а) аккуратно и достоверно.

Я даю разрешение делать рентгеновские снимки, диагностические модели, фотографии и проводить любые другие диагностические мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза.

Я даю разрешение проводить необходимые лечебные мероприятия и использовать любого врача или ассистента, участие которого в моем лечении будет необходимо.

Я даю свое согласие ООО «ЮТЭЛИ» на обработку своих персональных данных, осуществляемой в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг.

Я не возражаю/возражаю против размещения моих фотографий и рентгеновских снимков в научных журналах и статьях.

Я разрешаю/не разрешаю сообщать информацию, полученную от меня и связанную с моим стоматологическим лечением третьим лицам, оплачивающим мое лечение, или другому врачу.

«_____» _____ 20__ г.

(подпись)

(ФИО пациента)