

**Добро пожаловать!**

Заполните, пожалуйста, данную анкету! Все Ваши данные, включая данные об обследовании и лечении, являются врачебной тайной и не подлежат разглашению.



Praxis für Zahnmedizin

Zahnarzt V. Rolnik

**Правильное отметить крестиком [x]**

Фамилия, имя \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Касса мед. страхования \_\_\_\_\_

Телефон дом. \_\_\_\_\_

Телефон раб. \_\_\_\_\_

Телефон моб. \_\_\_\_\_

Факс \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Профессия \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

**Застрахованное лицо (если не идентично с пациентом)**

Застрахованный/-ая \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Счет  Застрахованному лицу  пациенту

**Несовершеннолетний пациент**

оба родителя  только \_\_\_\_\_

**Состояние здоровья**  Беременность  Курение

домашний врач \_\_\_\_\_

медикаменты \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- аллергии, непереносимости: \_\_\_\_\_
- сердечно-сосудистые заб.       сердечная недостаточность       аритмии  
 повышенное давление       пониженное давление       нарушения кровообращения  
 пороки сердца       инфаркт миокарда       кардиостимулятор  
 искусственный клапан       склонность к обморокам  
 средства, снижающие свертываемость крови (Marcumar, ASS), повышенная склонность к кровотечениям вследствие травм или после удаления зубов  
 операции
- 

- туберкулез       гепатит А, В или С       СПИД, ВИЧ  
 височно-нижнечел. сустав       ревматизм       опухоли  
 Knirschen, Pressen, Reiben       остеопороз       эпилепсия  
 боли в спине или шее       заб. желудка и кишечника       нервные забол., депрессия  
 частые головные боли       диабет       кожные заболевания  
 тиннитус (шум в ушах)       заболевания почек       травмы головы  
 астма, заболевания легких       заболевания носа или придаточных пазух  
 прочие жалобы, заболевания:
- 

### Причина Вашего визита

- Профилактический осмотр       Зубная боль       Кровоточивость десен  
 Запах изо рта  
 Лечение, отвечающее исключительно положениям обязательного медицинского страхования  
 Я прошу о проведении дополнительных обследований и лечения по методам интегративной стоматологии, как например, определение переносимости материалов или влияния больных зубов на организм

### На что мы должны обратить внимание во время лечения?

- Страх перед \_\_\_\_\_  
 рвотный рефлекс       повышенная болевая чувствительность

Что Вам особенно не нравилось во время предыдущих посещений зубного врача?

Чего Вам не доставало? \_\_\_\_\_

### Я бы хотел получить консультацию:

- профессиональная чистка зубов       протезирование       белые пломбы  
 переносимость стом. материалов       поиск одонтогенных очагов       отбеливание зубов  
 избавление от пломб из амальгамы       коррекция прикуса       герпес, афты  
 выведение амальгамы из организма       токи в полости рта       питание  
 выравнивание зубов

*Мы благодарим Вас! Мы охотно ответим на Ваши вопросы и учтем Ваши пожелания.*

Дата: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_