

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
Vladislav 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 _____

Кто порекомендовал Вам нашу клинику?

Состояние здоровья Беременность Курение

домашний врач _____

медикаменты _____

Продолжение анкеты на следующей странице.

аллергии, непереносимости: _____

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> сердечно-сосудистые заб. | <input type="checkbox"/> сердечная недостаточность | <input type="checkbox"/> аритмии |
| <input type="checkbox"/> нарушения кровообращения | <input type="checkbox"/> повышенное давление | <input type="checkbox"/> пониженное давление |
| <input type="checkbox"/> пороки сердца | <input type="checkbox"/> инфаркт миокарда | <input type="checkbox"/> кардиостимулятор |
| <input type="checkbox"/> искусственный клапан | <input type="checkbox"/> склонность к обморокам | |
| <input type="checkbox"/> средства, снижающие свертываемость крови (Marcumar, ASS), повышенная склонность к кровотечениям вследствие травм или после удаления зубов | | |
| <input type="checkbox"/> операции | | |

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> туберкулез | <input type="checkbox"/> гепатит А, В или С | <input type="checkbox"/> СПИД, ВИЧ |
| <input type="checkbox"/> височно-нижнечел. сустав | <input type="checkbox"/> ревматизм | <input type="checkbox"/> опухоли |
| <input type="checkbox"/> скрежетание/стискивание зубов | <input type="checkbox"/> остеопороз | <input type="checkbox"/> эпилепсия |
| <input type="checkbox"/> боли в спине или шее | <input type="checkbox"/> заб. желудка и кишечника | <input type="checkbox"/> нервные забол., депрессия |
| <input type="checkbox"/> частые головные боли | <input type="checkbox"/> диабет | <input type="checkbox"/> кожные заболевания |
| <input type="checkbox"/> тиннитус (шум в ушах) | <input type="checkbox"/> заболевания почек | <input type="checkbox"/> травмы головы |
| <input type="checkbox"/> астма, заболевания легких | <input type="checkbox"/> заболевания носа или придаточных пазух | |
| <input type="checkbox"/> прочие жалобы, заболевания: _____ | | |

Храпите ли Вы? Да Нет

Известны ли остановки дыхания во сне (апноэ)? Да Нет

Причина Вашего визита

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Профилактический осмотр | <input type="checkbox"/> Зубная боль | <input type="checkbox"/> Кровоточивость десен |
| <input type="checkbox"/> Запах изо рта | | |
| <input type="checkbox"/> Лечение, отвечающее исключительно положениям обязательного медицинского страхования | | |

Довольны ли Вы цветом своих зубов? Да Нет

Довольны ли Вы положением своих зубов? Да Нет

На что мы должны обратить внимание во время лечения?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Страх перед _____ | <input type="checkbox"/> повышенная болевая чувствительность |
| <input type="checkbox"/> рвотный рефлекс | |

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

Чего Вам не доставало? _____

Я бы хотел получить консультацию:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> лечение храпа | <input type="checkbox"/> профессиональная чистка зубов | <input type="checkbox"/> протезирование |
| <input type="checkbox"/> белые пломбы | <input type="checkbox"/> отбеливание зубов | <input type="checkbox"/> пломбы из амальгамы |
| <input type="checkbox"/> коррекция прикуса | <input type="checkbox"/> выравнивание зубов | |

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

Дата: _____

Подпись: _____