

Мы просим Вас аккуратно заполнить эту Анкету. Предоставленная Вами информация крайне важна для проведения грамотного и безопасного стоматологического лечения с благоприятным прогнозом.

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

**Есть ли у Вас в настоящее время или были в прошлом такие заболевания/состояния:**

• **Сердечно-сосудистые заболевания** .....  ДА  НЕТ

если да, то какие \_\_\_\_\_

• **Аллергические реакции** .....  ДА  НЕТ

если да, на что и как проявляются \_\_\_\_\_

• **Нарушения свертывания крови** .....  ДА  НЕТ

• **Инфекционные заболевания (ВИЧ, Гепатит С)** .....  ДА  НЕТ

если да, то какие \_\_\_\_\_

• **Курение** .....  ДА  НЕТ

если да, то количество в день \_\_\_\_\_

• **Другие проблемы со своим здоровьем, о которых Вам известно:**

**Принимаете ли Вы в настоящее время какие-нибудь лекарства?** .....  ДА  НЕТ

если да, то какие \_\_\_\_\_

**Для женщин:**

• **Беременны ли Вы?** .....  ДА  НЕТ

• **Кормите ли Вы грудью в настоящее время?** .....  ДА  НЕТ

**Дополнительно о состоянии своего здоровья хочу сообщить следующее:**

**Укажите, пожалуйста, Ваш адрес электронной почты** \_\_\_\_\_

**Укажите, пожалуйста, Ваш аккаунт Telegram для связи** \_\_\_\_\_

**Кого мы можем благодарить за рекомендацию нашей клиники?**

Имя \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка)