

Пожалуйста, внимательно заполните эту анкету. Подробная информация о вашем здоровье очень важна для проведения грамотного и безопасного стоматологического лечения.

Фамилия, имя, отчество _____ Дата рождения _____

1. 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 _____

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

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

если да, то какие _____

3. Для женщин:

• Беременны ли Вы? ДА НЕТ

• Кормите ли Вы грудью в настоящее время? ДА НЕТ

4. Курите ли вы? ДА НЕТ

5. Какой у вас любимый фильм/музыкальная группа/музыкальный жанр?

6. Дополнительно о состоянии моего здоровья хочу сообщить следующее:

7. Ваш адрес электронной почты: _____

8. Кого мы можем благодарить за рекомендацию нашей клиники?

Имя _____ Телефон _____

Я, нижеподписавшийся(ая) _____

(фамилия, имя, отчество пациента)

правильно ответил(а) на все вопросы анкеты и осознаю, что сведения о состоянии моего здоровья необходимо обновлять с периодичностью 1 раз в полгода.

Дата «__» _____ 20__ г.

_____ (подпись)

_____ (расшифровка)