

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:**

1. Сердечно-сосудистые заболевания ..... **ДА | НЕТ**

Если да, то какие? \_\_\_\_\_

2. Аллергические реакции ..... **ДА | НЕТ**

Если да, то какие? \_\_\_\_\_

3. Нарушения свертывания крови ..... **ДА | НЕТ**

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

Если да, то какие? \_\_\_\_\_

5. Другие проблемы со своим здоровьем, о которых Вам известно: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Если да, то какие? \_\_\_\_\_

**7. Для женщин:**

Беременны ли Вы?

Кормите ли Вы грудью в настоящее время?

8. Дополнительно о состоянии своего здоровья хочу сообщить следующее:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Пожалуйста, укажите Ваш адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

11. Кого мы можем благодарить за рекомендацию нашей клиники?

Имя \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

Дата “\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Подпись

Расшифровка

Номер карты (заполняется сотрудником клиники) \_\_\_\_\_