



## АНКЕТА ПАЦИЕНТА

Приложение № 2  
Утверждено приказом

Пожалуйста, ответьте на все вопросы.

Если Вам что-либо не понятно, спросите у **доктора на приеме**.

Эта информация поможет предложить **оптимальный** для Вас вариант лечения.

1. ФИО (полностью) \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

2. Вы впервые посещаете нашей клинике? Да.\Нет.

• Если Да, то откуда Вы узнали о нас? \_\_\_\_\_

• \_\_\_\_\_

• Если Нет, то когда в последний раз Вы были у нас?  
\_\_\_\_\_

3. Возникали ли у Вас какие-либо осложнения при проведении стоматологического лечения (кровотечения, потеря сознания, аллергическая реакция и д.р.) \_\_\_\_\_

4. С какой периодичностью Вы проводите профессиональную гигиену (чистку зубов) у врача стоматолога? \_\_\_\_\_

5. Подбирал ли врач-стоматолог индивидуально для Вас средства гигиены полости рта? \_\_\_\_\_

6. Как Вы оцениваете свой стоматологический статус?

а)хорошо б) удовлетворительно в) плохо

7. Когда Вы в последний раз проводили медицинский осмотр?  
\_\_\_\_\_

8. Перечислите заболевания, выявленные у Вас врачами других специальностей:

- Артериальное давление
- Заболевание сердца
- Заболевания крови
- Заболевания желудочно-кишечного тракта

• Заболевания печени

• Заболевание почек

• Эндокринные заболевания (щитовидная железа, сахарный диабет и др.)

• Заболевания ЛОР-органов

• Укажите другие настоящие или перенесенные заболевания (глаукома, эпилепсия, гепатит, ВИЧ, туберкулез, аллергия и др.) \_\_\_\_\_

• \_\_\_\_\_

• Принимаете ли Вы в настоящее время какие-либо лекарства? \_\_\_\_\_

• \_\_\_\_\_

9. Возникают ли у Вас звуки (щелчки) в области сустава при движении нижней челюсти? Да.\Нет.

10. Возникает ли у Вас боль в области сустава во время жевания и широкого открывания рта? Да.\Нет.

11. Есть ли у Вас затруднения при максимальном открывании рта? Да.\Нет.

12. Есть ли у Вас ощущение усталости в области челюстей при длительном жевании или приеме у стоматолога? Да.\Нет.

13. Не отмечали ли Вы (или Ваши близкие) скрежетания зубами по ночам? Да.\Нет.

14. Есть ли у Вас привычка стискивать зубы? Да.\Нет.

15. Жуете ли вы преимущественно на одной стороне? Да.\Нет.

16. Не бывает ли у Вас частых головных болей? Да.\Нет.

**Для женщин:**

17. Наличие беременности или кормление грудью в настоящее время? Да.\Нет.

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Подпись пациента.

*Для вложения в стоматологическую карту*