



ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

Зубному врачу нужна информация о Ваших возможных болезнях и прописанных Вам лекарствах для обеспечения безвредности лечения. Данные являются конфиденциальными.

ФИО _____	Идентификационный номер _____ - _____	
Профессия и место работы _____		
Домашний адрес _____		
Индекс _____		
Номер телефона, домашний _____	рабочий _____	мобильный _____
Электронная почта _____		
<input type="checkbox"/> Я ветеран войны/тральщик		

ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ

Оцените состояние своего здоровья на данный момент? _____

Имеете ли Вы в настоящий момент или ранее переносили ли Вы болезнь(и), указанную(ые) ниже?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Аллергия (лекарства, пищевые продукты, латекс), какая? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Сердечно-сосудистые заболевания | <input type="checkbox"/> Остеопороз |
| <input type="checkbox"/> инфаркт миокарда | <input type="checkbox"/> Болезни почек |
| <input type="checkbox"/> стимулятор сердца | <input type="checkbox"/> Болезни печени, гепатит |
| <input type="checkbox"/> порок сердца | <input type="checkbox"/> Болезни щитовидной железы |
| <input type="checkbox"/> искусственный клапан | <input type="checkbox"/> Раковые заболевания |
| <input type="checkbox"/> Инфаркт головного мозга | <input type="checkbox"/> Неврологические заболевания, эпилепсия |
| <input type="checkbox"/> Повышенное кровяное давление | <input type="checkbox"/> Повторяющаяся головная боль |
| <input type="checkbox"/> Сосудистые заболевания, анемия | <input type="checkbox"/> Психические заболевания |
| <input type="checkbox"/> Склонность к кровотечениям | <input type="checkbox"/> Слабое зрение, слабый слух |
| <input type="checkbox"/> Диабет | <input type="checkbox"/> Болезнь, передающаяся через кровь |
| <input type="checkbox"/> Заболевание органов дыхания, астма | <input type="checkbox"/> MRSA (метициллин-резистентный золотистый стафилококк), VRE (ванкомицин-резистентный энтерококк) или иная внутрибольничная инфекция |
| <input type="checkbox"/> Заболевания кишечника | <input type="checkbox"/> ВИЧ |
| <input type="checkbox"/> Заболевание опорно-двигательного аппарата | <input type="checkbox"/> Другая болезнь, какая? _____ |
| <input type="checkbox"/> Ревматизм | |

Дополнительная информация, которую Вы хотите сообщить: _____

Я принимаю регулярно следующие лекарства: _____

- Я беременна, предполагаемый срок родов _____
- Я получил(а) лучевую терапию на область головы или шеи.
- Мне установлен протез сустава/протез кровеносного сосуда или другие искусственные части тела.
- Мне была сделана трансплантация органа.

Вызывал ли у Вас местный наркоз побочные эффекты? Какие? _____

КУРЕНИЕ И УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Курение и употребление алкоголя и наркотических средств влияют на состояние полости рта.

Я курю или употребляю нюхательный табак _____ раз в день.

Как часто Вы употребляли алкоголь за последние 12 месяцев?

- 6-7 раз в неделю 3-5 раз в неделю 2 раза в неделю 1 раз в неделю
- два раза в месяц реже ни разу

ЗДОРОВЬЕ ЗУБОВ И ПОЛОСТИ РТА

Причина обращения к зубному врачу: _____

Когда в последний раз Вы проверяли состояние полости рта? _____

Когда в последний раз Вы лечили зубы? _____

Были ли какие-либо затруднения в лечении Ваших зубов? Какие? _____

Как часто Вы чистите зубы?

- не менее 2-х раз в день 1 раз в день реже

Как часто Вы чистите межзубные промежутки?

- не менее 1-го раза в день несколько раз в неделю 1-2 раза в неделю реже

Какое из следующих высказываний является наиболее подходящим для описания Вашего режима питания?

- Здоровое и регулярное питание, в которое запланирован приём пищи 4-6 раз в день.
- Здоровое и регулярное 2-3-разовое питание
- Регулярное 2-3-разовое питание, но между приёмами пищи перекусы.
- Нерегулярное питание и перекусы на протяжении всего дня.

Мой напиток для утоления жажды _____

Я употребляю ежедневно

- прохладительные напитки/соки спортивные/энергетические напитки другие сладкие/кислые напитки

Я соблюдаю специальную диету. Какую? _____

Информирование по закону о персональных данных (523/99)

Ваши данные будут занесены в реестр пациентов, который ведётся

- a) стоматологом
- b) стоматологической клиникой (централизованный реестр, см. ниже)

Согласие на использование данных

Я согласен/согласна на занесение моих данных в централизованный реестр.

Реестр ведётся совместно стоматологической клиникой и работающими в ней стоматологами. Ваши данные являются конфиденциальными. С Вашего разрешения данные могут быть использованы для Вашего лечения в стоматологической клинике. Другим лицам они могут быть переданы только в соответствии с требованиями закона или же с Вашего разрешения. У Вас есть возможность проверить Ваши данные, занесённые в реестр. Дополнительную информацию Вы можете получить в разъяснительных и информационных буклетах в приёмной клиники.

_____/_____
Дата

Подпись пациента