



Стоматологическая клиника "ВитАрт"
Адрес: Большой Дровяной переулок д.18
<http://www.vitart-stom.ru>, info@vitart-stom.ru
+7 (495) 698-00-98, +7 (495) 698-02-09

Фамилия Имя Отчество \Patient\

Контактные телефоны (дом, моб, раб) (большое количество контактных данных позволит нам более рационально организовывать Ваше лечение в клинике)

День, месяц, год рождения _____

Ваш E-mail _____

С кем из родственников можно связаться по вопросам вашего здоровья (укажите Имя Отчество, родство, контактный номер телефона) _____

Последующая информация является крайне важной для обеспечения Вас эффективным стоматологическим лечением в соответствии с Вашим общим состоянием здоровья. Вам необходимо дать полные и правильные ответы на все вопросы. Если вопрос непонятен или Вы не уверены в ответе, обсудите этот вопрос с врачом.

Неполная или неправильная информация может повредить Вашему здоровью.

Когда Вы в последний раз проходили полный осмотр зубов? _____

Когда Вам в последний раз делали рентгеновские снимки зубов _____

В настоящее время у Вас есть проблемы? _____ Какие? _____

Вы обратились в нашу клинику:

- По рекомендации (от _____)
- По интернету (укажите, пожалуйста, сайт _____)
- Соцсеть(укажите, пожалуйста, какая _____)
- Живете/работаете в шаговой доступности

Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы:

Бывают ли у Вас головные боли, боль в ушах, на затылке или шее?	да	нет
Потеряли ли Вы зубы, кроме зубов мудрости?	да	нет
Восстановили ли Вы недостающие зубы?	да	нет
Болят ли у Вас челюсти в момент пробуждения?	да	нет
Ваши десны кровоточат, чешутся или излишне чувствительны?	да	нет
Ваши зубы чувствительны к холоду, теплу, сладкому или давлению?	да	нет
Застревают ли остатки пищи у Вас между зубами?	да	нет
Посещаете ли Вы гигиениста каждые полгода?	да	нет
Скрипите ли Вы зубами?	да	нет
Проходили ли Вы раньше лечение десен?	да	нет
Кажется ли Вам, что Ваши зубы меняют цвет со временем?	да	нет
Хотели бы Вы носить в будущем съемные протезы?	да	нет
Бойтесь ли Вы лечения зубов?	да	нет
Был ли у Вас опыт негативного общения со стоматологом?	да	нет
Вы заинтересованы узнать о профилактических мерах, которые можно применять дома?	да	нет
Собираетесь ли Вы в ближайшее время отбелить зубы?	да	нет

Оцените причины, которые помешали Вам в свое время лечить зубы, в баллах от 1 до 4:

(где 1 - мало влияет на решение, а 4 - сильно влияет на решение)

Мне это было не нужно	1	2	3	4
Я боюсь боли	1	2	3	4
Это дорого	1	2	3	4
У меня большая занятость на работе	1	2	3	4



Стоматологическая клиника "ВитАрт"
Адрес: Большой Дровяной переулок д.18
<http://www.vitart-stom.ru>, info@vitart-stom.ru
+7 (495) 698-00-98, +7 (495) 698-02-09

Курите ли Вы? (отметить необходимое)

Нет	Балуюсь	10-15 сигарет в день	Больше 1 пачки в день	Больше 2-х пачек в день
-----	---------	----------------------	-----------------------	-------------------------

И еще несколько вопросов о Вашем здоровье:

Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением врача?	Да	Нет
Если "Да", то укажите причину _____		
Принимаете ли Вы в настоящее время какие-нибудь лекарства?	Да	Нет
Если "Да", то перечислите наименования _____		
Посещаете ли Вы в настоящее время какие-либо процедуры	Да	Нет
Если Вы лечитесь в настоящее время (лечились ранее) или имеете информацию (подозреваете) о наличии у Вас следующих заболеваний и состояний, дайте краткое описание: _____		
Ревматизм, ревматические поражения сердца, шумы (боли) в сердце, пороки сердца,	Да	Нет
Инфаркт миокарда, стенокардия, аритмия, хирургические вмешательства на сердце	Да	Нет
Желудочно-кишечные заболевания,	Да	Нет
Повышенное (пониженное) кровяное давление,	Да	Нет
Повышенная кровоточивость, анемия, гемофилия (не свертываемость крови), переливания крови, заболевания крови	Да	Нет
Астма, туберкулез, сезонная аллергия, аллергические реакции на антибиотики, болеутоляющие препараты, местные анестетики и другие лекарства,	Да	Нет
Доброкачественные, злокачественные опухоли, радиологическое лечение, химиотерапия, наблюдение онколога	Да	Нет
Диабет, повышенный сахар крови, прием сахароснижающих препаратов	Да	Нет
Гепатит, желтуха, заболевания печени, желчного пузыря	Да	Нет
Заболевания почек и мочевыводящих путей, затрудненное мочеиспускание, диализ	Да	Нет
Заболевание щитовидной железы, гормонотерапия	Да	Нет
Паралич, парез, конвульсии, обмороки, потеря сознания, головокружения, обмороки, судороги.	Да	Нет
Артрит, заболевания позвоночника и костей, остеопороз	Да	Нет
Венерические заболевания или СПИД,	Да	Нет
Травмы головы или шеи, автомобильные аварии, хирургические операции, наркоз	Да	Нет
Аппаратное лечение височно-нижнечелюстного сустава, брекеты, каппы	Да	Нет
Имеются ли у Вас другие проблемы со здоровьем о которых Вам известно?	Да	Нет
Если "Да", то какие _____		
Для женщин: Вы беременны, подозреваете беременность или кормите ребенка?	Да	Нет
Наблюдались ли у Вас когда-либо в прошлом аллергические реакции, продолжительное кровотечение, какие-либо другие осложнения во время или после стоматологического и общего лечения?	Да	Нет
Если "Да", то какие _____		

Добавьте то, что считаете важным:

На все вопросы я ответил самостоятельно, честно и достоверно.

- Я даю разрешение делать рентгеновские снимки, слепки, диагностические модели, фотографии и проводить любые другие лечебно-диагностические вмешательства, которые будут необходимы для постановки верного диагноза.
- Я даю разрешение проводить необходимые лечебные мероприятия и использовать любого врача или ассистента, участие которого в моем лечении будет необходимо для достижения лучшего результата.
- Я разрешаю сообщать информацию, полученную от меня и связанную с моим стоматологическим состоянием третьим лицам, оплачивающим мое лечение, близким родственникам и персоналу клиники исполнителя.



Стоматологическая клиника "ВитАрт"
Адрес: Большой Дровяной переулок д.18
<http://www.vitart-stom.ru>, info@vitart-stom.ru
+7 (495) 698-00-98, +7 (495) 698-02-09

- Я ознакомлен с прейскурантом и понимаю, что я ответственен за оплату услуг, оказанных мне в ООО «Стоматология на Дровяном»
- В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 «О персональных данных» № 152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку моих персональных данных, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну, в соответствии с действующим законодательством.

“ _____ ” _____ 20 ____ г. Фамилия, И.О. и подпись _____