**Фамилия Имя Отчество**

**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 |
| Боитесь 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 отбеливать 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 |

**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?  Если “Да”, то укажите причину \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Да Нет |
| Принимаете ли Вы в настоящее время какие-нибудь лекарства?  Если “Да”, то перечислите наименования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Да Нет |
| 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?  Если “Да”, то какие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Да Нет |
| **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?  Если “Да”, то какие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Да Нет |
| **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.
* Я ознакомлен с прейскурантом и понимаю, что я ответственен за оплату услуг, оказанных мне в ООО «Стоматология на Таганке»
* 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_