

## АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ ПАЦИЕНТА

**МЕДИЦИНСКИЙ АНАМНЕЗ**

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Фамилия: ${lastName} Дата Рождения: ${dateOfBirth}

Имя: ${name} Телефон: ${phone}

Отчество: ${surName} Электронная почта: ${email}

Цель обследования: ${purposeOfTheSurvey}

Как вы оцениваете состояние Вашего здоровья

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Отличное ${excellent} | Хорошее ${good} | Нормальное ${normal} | Плохое ${bad} |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ДА | НЕТ |
| Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением врача?  Если “Да”, то укажите причину: | ${underMedicalSuperVisionYes} | ${underMedicalSuperVisionNo} |
| Посещаете ли Вы в настоящее время какие-либо процедуры | ${proceduresVisitYes} | ${proceduresVisitNo} |
| Если Вы лечитесь в настоящее время (лечились ранее) или имеете информацию (подозреваете) о наличии у Вас следующих заболеваний и состояний, дайте краткое описание: | ${treatedDescYes} | ${treatedDescNo} |
| Ревматизм, ревматические поражения сердца, шумы (боли) в сердце, пороки сердца | ${revmatizmYes} | ${revmatizmNo} |
| Инфаркт миокарда, стенокардия, аритмия, хирургические вмешательства на сердце, кардиостимулятор | ${infarktYes} | ${infarktNo} |
| Желудочно-кишечные заболевания | ${gastrointestinaldiseasesYes} | ${gastrointestinaldiseasesNo} |
| Повышенное (пониженное) кровяное давление | ${bloodPressureYes} | ${bloodPressureNo} |
| Повышенная кровоточивость, анемия, гемофилия (не свертываемость крови), переливания крови, заболевания крови | ${anemiaorhemophiliaYes} | ${anemiaorhemophiliaNo} |
| Астма, туберкулез, сезонная аллергия, аллергические реакции на антибиотики | ${astmaortuberkulosYes} | ${astmaortuberkulosNo} |
| Болеутоляющие препараты, местные анестетики и другие лекарства | ${preparadYes} | ${preparadNo} |
| Доброкачественные, злокачественные опухоли, радиологическое лечение, химиотерапия, наблюдение онколога | ${ximiaYes} | ${ximiaNo} |
| Диабет, повышенный сахар крови, прием сахароснижающих препаратов | ${diabetYes} | ${diabetNo} |
| Гепатит, желтуха, заболевания печени, желчного пузыря | ${gepatitYes} | ${gepatitNo} |
| Заболевания почек и мочевыводящих путей, затрудненное мочеиспускание, диализ | ${kidneysYes} | ${kidneysNo} |
| Заболевание щитовидной железы, гормонотерапия | ${glandYes} | ${glandNo} |
| Паралич, парез, конвульсии, обмороки, потеря сознания, головокружения, обмороки, судороги | ${paralizYes} | ${paralizNo} |
| Артрит, заболевания позвоночника и костей, остеопороз | ${artritYes} | ${artritNo} |
| Венерические заболевания или СПИД, гепатит | ${spidYes} | ${spidNo} |
| Проводилось ли исследование на ВИЧ:  Если «Да», то каков результат: положительный отрицательный | ${vichYes} | ${vichNo} |
| Аппаратное лечение височно-нижнечелюстного сустава, брекеты, каппы | ${hardwareTreatmentYes} | ${hardwareTreatmentNo} |
| Имеются ли у Вас другие проблемы со здоровьем о которых Вам известно?  Если “Да”, то какие: | ${otherproblemsYes} | ${otherproblemsNo} |
| **Для женщин**: Вы беременны, подозреваете беременность или кормите ребенка? | ${suspectpregnancyYes} | ${suspectpregnancyNo} |
| 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: | ${yesalergiaYes} | ${yesalergiaNo} |
| Наличие болей и щелканье в нижнечелюстном суставе | ${mandibularjointYes} | ${mandibularjointNo} |
| Кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная) | ${brushingteethYes} | ${brushingteethNo} |
| Появление герпеса «простуды» на губах с периодичностью ${year} в год | ${herpeslipsYes} | ${herpeslipsNo} |
| Бруксизм (ночное скрежетание зубов) | ${brukizmYes} | ${brukizmNo} |
| Периодическое появление язв в полости рта | ${ulcersYes} | ${ulcersNo} |
| Чувствую запах изо рта | ${badbreathYes} | ${badbreathNo} |
| Вредные привычки (курение, прием алкоголя и наркотических средств) | ${badhabitsYes} | ${badhabitsNo} |

**ЗАПИШИТЕ ЛЮБУЮ ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ ВАШЕГО ЗДОРОВЬЯ, КОТОРУЮ СЧИТАЕТЕ ВАЖНОЙ:**

**${healthInfo}**

**СПИСОК МЕДИКАМЕНТОВ, ПРЕПАРАТОВ, ВИТАМИНОВ, ДОБАВОК, КОТОРЫЕ ВЫ ПРИНИМАЕТЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| Название лекарства | Цель приема |
| ${drugName} | ${purposeOfAdmission} |
|  |  |
|  |  |

Дата заполнения анкеты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 расшифровка

Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_