

Анкета

(сведения о пациенте, необходимые для лечения зубных заболеваний)



Zahnarztpraxis
TATIANA KLAUSER

Уважаемые пациенты!!!

Мы рады Вас приветствовать в нашей зубной клинике. Для того, чтобы сделать Ваш визит наиболее приятным, нам нужна Ваша помощь. Так как многие общие заболевания организма могут оказать большое влияние на лечение зубных заболеваний, просим Вас внимательно заполнить прилагаемый бланк. Персональные данные являются врачебной тайной.

Ein Herz für gesunde Zähne!

Личные данные

Имя, Фамилия	Дата Рождения	Место Рождения
Улица	Индекс, город проживания	
Телефон домашний	Телефон рабочий	Телефон сотовый
Адрес электр. почты	Профессия, работодатель	

Страховое обеспечение

Обязательное Частное Дополнительное

Как Вы нашли нашу Клинику

Личные рекомендации Проходили мимо Объявление _____
 Направляющий врач _____ Интернет Другое: _____

Общее состояние здоровья

	да	нет		да	нет
Высокое давление	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Инфекционные заболевания:		
Низкое давление	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Спид	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Нарушение свёртываемости крови	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Гепатит	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Инсульт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Туберкулёз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сахарный диабет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Другие: _____		
Сердечные заболевания	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Принимаете ли Вы медикаменты?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
если да, какие: _____			если да, какие:		
Заболевания щитовидной железы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Сердечные		
Ревматизм	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Кортизон		
Аллергии	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Антидепрессанты		
если да, какие: _____			<input type="checkbox"/> Медикаменты, разжижающие кровь		
Другие заболевания: _____			(напр.: ASS, Маркумар, Гепарин)		
Вы курите?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Другие:		
			Для пациенток:		
			Вы беременны?		
			если да, какая неделя: _____		

Состояние здоровья ротовой полости

Что привело Вас в нашу зубную клинику?
 Контроль Консультация Боли
 Новые зубные протезы Направление зубного врача Второе мнение
 Другое: _____

	да	нет
Довольны ли Вы расположением, цветом и формой Ваших зубов?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Скрежете ли Вы зубами или сжимаете их сильно?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Есть ли у Вас проблемы с десной? Кровят ли при чистке зубов?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Имеется ли запах изо рта или неприятный привкус во рту?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Проводилась ли регулярно (раз в полгода или год) профессиональная чистка зубов?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Разрешаете ли Вы нам напоминать Вам о регулярном посещении зубного врача?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Я подтверждаю правильность заполнения бланка

Город. Дата заполнения

Подпись