



**СТУДИЯ УЛЫБКИ**

• СЕМЕЙНАЯ СТОМАТОЛОГИЯ •

## Анкета о здоровье (Стоматологический анамнез)

*Просим Вас набраться терпения и заполнить данную форму.  
Это поможет доктору максимально точно назначить лечение.*

г. Нижний Новгород \_\_\_\_\_.

Уважаемый пациент, предлагаемая Вам анкета является важной частью информации, которой обязан располагать Ваш лечащий доктор, для действительно эффективного лечения и сохранения Вашего здоровья. На основании Ваших ответов, доктор сможет расспросить Вас более подробно и учесть в процессе лечения все индивидуальные особенности вашего организма. Часть вопросов анкеты посвящена Вашему предыдущему лечению у стоматолога, если таковое было. Анкета учитывает все возможные факторы жизни, которые могут значительно повлиять на результаты лечения и безопасность в процессе его осуществления.

Анкета составлена таким образом, чтобы Вы могли отвечать на вопросы «Да» или «Нет». В некоторых случаях при ответе «Да», Вас попросят ответить более подробно. И это тоже делается ради сохранения Вашего здоровья и индивидуального выбора лечения для Вас.

В случае, если Вам не совсем понятно как ответить на вопрос, тогда пропустите его и Ваш доктор поможет Вам.

Данные анкеты являются врачебной тайной и не могут быть разглашены третьим лицам. Анкета заполняется пациентом лично или его законным представителем.

### Пациент

(ф.и.о. физического лица)

Пожалуйста, ответьте «ДА» или «НЕТ» на следующие вопросы:

1	<b>ЛИЧНЫЙ АНАМНЕЗ</b>	<b>ДА</b>	<b>НЕТ</b>
1	Я боюсь лечить зубы		
2	У меня есть негативный опыт стоматологического лечения		
3	У меня есть осложнения после стоматологического лечения		
4	У меня есть аллергия или иные реакции на местную анестезию		
5	Мне проводилось ортодонтическое лечение (брекет-система)		
6	Мне проводилось избирательное пришлифовывание (процедуру выполняют при болезнях пародонта с целью устранения повышенного давления на больные ткани)		
7	Мне удаляли зубы		
8	Мне отбеливали зубы		
	<i>Оценка состояния (заполняется доктором)</i>	1	2
	<b>ПРИКУС И ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ</b>	<b>ДА</b>	<b>НЕТ</b>
9	У меня есть проблемы с челюстным суставом (боль, шумы, щелчки, затруднение открывания, блокировка)		
10	У меня есть проблемы при жевании жевательной резинки		
11	У меня есть проблемы с пережевыванием твердой пищи		
12	Мои зубы изменились за последние 5 лет (стали короче, тоньше, произошло истирание зубов)		

13	У меня есть скученность зубов (тесное расположение зубов) или щели между зубами				
14	Я стискиваю или скриплю зубами (днем или ночью)				
15	У меня есть привычки: грызть ногти, разгрызать лёд, держать зубами предметы				
16	Я страдаю головной болью (мигренью)				
17	У меня проблемы со сном				
18	Я просыпаюсь с ощущением гипер-чувствительности зубов				
19	Я носил каппы (специальная накладка на зубы из пластичных материалов)				
	<i>Оценка состояния (заполняется доктором)</i>	1	2	3	4
	<b>СТРУКТУРА ЗУБОВ</b>	<b>ДА</b>		<b>НЕТ</b>	
20	У меня был (есть) кариес в течение последних 3-х лет				
21	Я страдаю сухостью в полости рта				
22	Я чувствую и замечаю полости или углубления на поверхностях зубов				
Прогресс 22%. Вы ответили на 22 из 100 вопросов (*)					
	<b>СТРУКТУРА ЗУБОВ</b>	<b>ДА</b>		<b>НЕТ</b>	
23	У меня чувствительные зубы на горячее, холодное, при накусывании или на сладкое				
24	У меня есть углубления, трещины или зазубрины на зубах рядом с дёснами				
25	У меня ломались или трескались зубы, выпадали пломбы				
26	У меня застревает пища между зубами				
	<i>Оценка состояния (заполняется доктором)</i>	1	2	3	4
	<b>СОСТОЯНИЕ ПАРАДОНТА</b>	<b>ДА</b>		<b>НЕТ</b>	
27	У меня кровоточат десны во время еды, чистки щеткой или зубной нитью				
28	Мне проводили лечение дёсен				
29	Я ощущал (ощущаю) во рту неприятный привкус или запах				
30	Мои близкие родственники страдают заболеванием дёсен				
31	У меня была рецессия десны (изменения в десневой ткани, которые происходят постепенно и приводят к оголению части корня зуба)				
32	У меня выпадали постоянные (коренные) зубы				
33	Я испытываю трудности при надкусывании яблок				
34	У меня возникало чувство жжения во рту				
	<i>Оценка состояния (заполняется доктором)</i>	1	2	3	4
	<b>ХАРАКТЕРИСТИКА УЛЫБКИ</b>	<b>ДА</b>		<b>НЕТ</b>	
35	На фото я улыбаюсь без зубов				
36	Я задумываюсь или сдерживаю себя перед тем как мне улыбнуться				
37	Я чувствую дискомфорт или неуверенность из-за того как выглядят мои зубы				
38	Я хочу изменить внешний вид своих зубов				
	<i>Оценка состояния (заполняется доктором)</i>	1	2	3	4
	<b>У МЕНЯ ЕСТЬ ИЛИ БЫЛИ</b>	<b>ДА</b>		<b>НЕТ</b>	
39	Госпитализация по болезни или по причине травмы				
40	Аллергическая реакция на:	-	-	-	-
	аспирин, ибупрофен, парацетамол				
	пенициллин				
	эритромицин				
	тетрациклин				
	сульфаниламидные препараты				
	местные анестетики				
	фториды				
	металлы (если «ДА», то какие: _____)				
	латекс				
	иное:				

41	Проблемы с сердцем и сердечное стентирование за последние 6 месяцев				
42	Инфекционный эндокардит				
43	Искусственный сердечный клапан, операции на сердце				
44	Водитель ритма сердца или вживленный дефибриллятор				
45	Протезы				
Прогресс 45%. Вы ответили на 45 из 100 вопросов (**)					
	<b>У МЕНЯ ЕСТЬ ИЛИ БЫЛИ</b>	<b>ДА</b>	<b>НЕТ</b>		
46	Ревматизм или скарлатина				
47	Высокое или низкое давление				
48	Препараты разжижающие кровь (антикоагулянты)				
49	Анемия или другие проблемы с кровью				
50	Плохая свертываемость крови				
51	Эмфизема, саркоидоз				
52	Туберкулез				
53	Астма				
54	Проблемы с дыханием или со сном (храп, ночное апное)				
55	Заболевание почек				
56	Заболевания печени				
57	Проблемы с щитовидной и околощитовидными железами, недостаток кальция				
58	Гормональные нарушения				
59	Повышенный холестерин или прием препаратов, понижающих уровень холестерина				
60	Диабет				
61	Язва желудка или двенадцатиперстной кишки				
62	Нарушения пищеварительной системы (рефлюкс-эзофагит, гастрит и др.)				
63	Остеопороз, остеопения				
64	Артрит				
65	Глаукома				
66	Травмы головы и шеи				
67	Эпилепсия, судороги, припадки				
68	Неврологические проблемы, синдром дефицита внимания				
69	Вирусные инфекции и герпес				
70	Любые припухлости в полости рта (папилломы, миксомы, ретенционные кисты, железы Селлера, фибромы, фиброматоз десен, миомы, гемангиомы, лимфангиомы и т.д.)				
71	Крапивница, кожная сыпь, сенная лихорадка				
72	Желтуха				
73	Венерические заболевания				
74	Гепатит (тип _____ )				
75	ВИЧ/СПИД				
76	Опухоли, новообразования				
77	Лучевая терапия				
78	Химиотерапия				
79	Эмоциональные проблемы				
80	Психиатрическое лечение				
81	Прием антидепрессантов				
82	Алкогольная или наркотическая зависимость				
	<i>Оценка состояния (заполняется доктором)</i>	1	2	3	4
	<b>ПОЖАЛУЙСТА, ОТВЕЬТЕ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ</b>	<b>ДА</b>	<b>НЕТ</b>		
83	Мне сейчас проводится лечение по другой болезни				
84	Я сейчас чувствую изменения в состоянии моего здоровья				
Прогресс 84%. Вы ответили на 84 из 100 вопросов (***)					

<b>ПОЖАЛУЙСТА, ОТВЕЬТЕ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ</b>		<b>ДА</b>		<b>НЕТ</b>	
85	Я принимаю препараты снижающие вес				
86	Я принимаю пищевые добавки				
87	Я быстро устаю				
88	У меня частые головные боли				
89	Я курю или курил				
90	У меня повышенная раздражительность				
91	Я часто чувствую себя несчастным и подавленным				
92	ДЛЯ ЖЕНЩИН – Я беременна				
92	ДЛЯ МУЖЧИН – У меня есть заболевания простаты				
		<i>Оценка состояния (заполняется доктором)</i>			
		1	2	3	4
93	Опишите любое <b>текущее</b> или <b>предстоящее лечение</b> , или хирургическое вмешательство, или другие лечебные манипуляции, которые могут повлиять на ваше стоматологическое лечение:				
94	Список медикаментов, препаратов, витаминов, добавок, которые вы принимали курсом за последние 2 года:				
<i>название лекарства</i>			<i>цель</i>		
		<i>Оценка состояния (заполняется доктором)</i>			
		1	2	3	4
		<b>Средний балл</b>			
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
95	Дата последнего посещения стоматолога	г.			
96	Дата последнего рентгенологического исследования	г.			
97	Предыдущий стоматолог				
98	Как долго вы были пациентом предыдущего стоматолога	мес.			
99	Дата последнего медицинского обследования	г.			
100	Цель обследования _____ _____ _____				
Просим вас в будущем информировать нас о любых изменениях в состоянии вашего здоровья, любых медицинских процедурах и лечениях, о медикаментах и лекарствах, которые вы принимаете или собираетесь принимать.					
<b>Пациент</b>			<b>Подпись</b>		
			v		
<b>Врач</b>			<b>Подпись</b>		