Карта опроса пациента

Ф.И.О. пациента

Когда в последний рад Вы были у врача-стоматолога?_____

Цель настоящего визита_____ _____

Следующая информация является крайне важной для того, чтобы мы могли обеспечить Вас стоматологическим лечением в соответствии с Вашим общим состоянием здоровья. Ваше участие в аккуратности и достоверности информации необходимо для безопасности Вашего здоровья и эффективности стоматологического лечения.

Неправильная информация может повредить Вашему здоровью.

Нужно ответить на все вопросы.

Если Вам непонятен вопрос- обсудите его с лечащим врачом.

Пожалуйста, отметьте заболевание, которое у Вас имеется или было раньше:

СПИД	Повышенное АД	Глаукома	Болезни почек или печени	Синусит
Алкоголизм	Рак	Травмы головы/шеи	Психические болезни	Язвы
Аллергия	Диабет	Заболевания сердца	Мигрень	Венерические
Анемия	Лекарственная или	Герпес	Болезни дыхательной системы	болезни
Астма	наркотическая	Инфекционный	Ревматизм	Другие
Эпилепсия	зависимость	гепатит		

Принимаете ли Вы в настоящее время какое-либо лекарство?_____

Имеется ли у Вас заболевание общего характера?_____ _____

Было ли у Вас когда-либо продолжительное кровотечение после хирургического вмешательства?_____

Были ли у Вас аллергические реакции на анестетики или лекарства?_____

Есть ли какая-либо другая информация, которая должна быть известна о Вашем здоровье?_____

_____

Если Вы женщина, то не беременны ли Вы?_____

Проводилось ли Вам раньше эндодонтическое лечение (корневого канала)?_____

Информированное добровольное согласие на проведение медицинского вмешательства.

Ф.И.О. пациента

в соответствии с требованиями статьи № 20 *«Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан»* даю добровольное согласие на проведение предложенных мне диагностических и лечебных мероприятий.

Хотя предложенное лечение и профессиональная гигиена полости рта имеют высокий процент клинического успеха, тем не менее, я понимаю, что это всё является воздействием на мой организм с его генетическими, возрастными и иммунными особенностями, и поэтому не может иметь стопроцентной гарантии на успех.

Я понимаю необходимость рентгенологического обследования и контроля за течением патологического процесса, поэтому соглашаюсь на таковое и обязуюсь приходить на контрольные осмотры, назначаемые лечащим врачом.

Я осведомлен о возможных осложнениях во время анестезии, врачебных манипуляций и при приеме рекомендованных врачом лекарственных средств, и я проинформировал врача обо всех случаях повышенной чувствительности к лекарственным препаратам в прошлом и об аллергии в настоящее время.

Я согласен, что в моих интересах приступить к лечению выявленной патологии полости рта. Я даю свое согласие на ведение аудиозаписи и фото- и видеосъёмки в целях постановки диагноза и обеспечения безопасности до, после и во время оказания медицинских услуг.

Мне были объяснены все возможные исходы, а также альтернативы предложенному лечению. Я также имел возможность задать все интересующие меня вопросы и получил на них исчерпывающие ответы.

Подпись пациента Подпись врача

_____/_____/ _____/_____/