

Health History – Adult Patient

Information is for our records only and will be kept confidential

Patient ID Label

ИМЯ, ФАМИЛИЯ: _____ / _____ / _____ ТЕКУЩАЯ ДАТА: _____
Фамилия Имя Отчество

ДАТА РОЖДЕНИЯ: _____ ПОЛ: Мужской Женский

БЛИЖАЙШИЙ РОДСТВЕННИК ИЛИ КОНТАКТНОЕ ЛИЦО: _____ ТЕЛЕФОН: _____
 Если человек, заполняющий эту форму, не является пациентом, кем вы являетесь для пациента? _____

ИМЯ ВРАЧА: _____ ДАТА ПОСЛЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА: _____
 АДРЕС ОФИСА ВРАЧА: _____ ТЕЛЕФОН: _____

Пожалуйста Отметьте ДА или НЕТ:

- Да Нет У вас хорошее здоровье?
- Да Нет Изменилось ли ваше общее состояние здоровья за последний год? Если «да», что произошло? _____
- Да Нет Вы находитесь под наблюдением врача? Если «да», то какое заболевание лечится? _____
- Да Нет У вас была когда-либо тяжелая болезнь или операция? Если «да», то что это была за болезнь или операция? _____
- Да Нет Были ли вы госпитализированы за последние 5 лет? Если «да», по какой причине? _____
- Да Нет Сердечно-сосудистые заболевания (болезнь сердца, инфаркт, коронарная окклюзия, коронарная недостаточность)
- Да Нет Поврежденный сердечный клапан, искусственный сердечный клапан или шумы в сердце?
- Да Нет Вам когда-нибудь требовалось переливание крови? Если «да», объясните причину: _____
- Да Нет У вас есть заболевание крови, например анемия?
- Да Нет У вас были операции, лучевая терапия или медикаментозное лечение опухоли, новообразование или другие проблемы со здоровьем?
- Да Нет Были ли у вас серьезные проблемы, связанные с предыдущим лечением зубов?
- Да Нет В настоящее время или когда-либо в прошлом вы были в программе лечения наркозависимости?
- Да Нет Принимаете ли вы в настоящее время какие-либо рекреационные наркотики? Если «да», укажите их здесь: _____
- Да Нет В настоящее время или когда-либо в прошлом вы принимали лекарства от остеопороза (бисфосфонаты, такие как Fosamax)?
- Да Нет У вас бывают боли в груди при физической нагрузке?
- Да Нет У вас установлен кардиостимулятор?
- Да Нет Вам когда-нибудь ставили диагноз рака?
- Да Нет Работаете ли вы в каком-либо месте, где вы регулярно подвергаетесь рентгеновскому или другому ионизирующему излучению?
- Да Нет Вы курите?
- Да Нет Есть ли у вас какое-либо заболевание, состояние или проблема со здоровьем, не перечисленная выше, о которых, по вашему мнению, мне следует знать?
 Если «да», объясните: _____

Есть ли у вас сейчас или в анамнезе какие-либо из следующих заболеваний или проблем со здоровьем: Отметьте ДА или НЕТ:

- Да Нет Скомпрометированный иммунитет или аутоиммунное заболевание, такое как ВИЧ, СПИД или волчанка
- Да Нет Диабет Если «да», он контролируется? _____ Какой тип? _____
- Да Нет Проблемы с синуситом
- Да Нет Астма
- Да Нет Артрит Если «да», какой тип? _____
- Да Нет Язва желудка
- Да Нет Болезнь почек
- Да Нет Туберкулез

* * * * * Заполните обратную сторону * * * * *

- Да Нет Венерическое заболевание Если «да», укажите заболевание: _____
- Да Нет Аномальное кровотечение, связанное с предыдущими удалениями зубов, операцией или травмой
- Да Нет Лёгкое образование синяков
- Да Нет Высокое кровяное давление
- Да Нет Инсульт
- Да Нет Врождённый порок сердца
- Да Нет Заболевания сердца
- Да Нет Гепатит Если «да», какой тип? _____
- Да Нет Обмороки, судороги или эпилепсия

У вас есть **аллергия** или **побочные реакции** на что-либо из следующего? Отметьте **ДА** или **НЕТ**

- Да Нет Местные анестетики. Если «да», что произошло? _____
- Да Нет Пенициллин. Если «да», что произошло? _____
- Да Нет Другие антибиотики _____. Если «да», что произошло?
- Да Нет Аспирин. Если «да», что произошло? _____
- Да Нет Кодеин или другие подобные наркотики. Если «да», что произошло? _____
- Да Нет Барбитураты, седативные средства или снотворное. Если «да», что произошло? _____
- Да Нет Латекс или натуральный каучук. Если «да», что произошло? _____
- Да Нет Другое _____. Если «да», что произошло? _____

Перечислите все **прописанные** и **безрецептурные** лекарства, которые вы принимаете:

Название медикамента (Приложите дополнительные страницы, если необходимо)	Доза	Как часто?
---------------------------------------------------------------------------	------	------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____

ЖЕНЩИНЫ

- Да Нет Вы беременны или думаете, что можете быть беременны?
Если «да», укажите ожидаемую дату родов: _____
- Да Нет Вы кормите грудью?
- Да Нет Это ваш первый ребёнок?

Я подтверждаю, что прочитал и понял вышеизложенное, и подтверждаю, что на мои вопросы были даны удовлетворительные ответы. Я не буду привлекать к ответственности своего стоматолога или сотрудников СНС за любые ошибки/упущения, которые я мог сделать при заполнении этой формы.

Подпись пациента/родителя/опекуна

Подпись стоматолога/гигиениста

Дата

Полное имя переводчика печатными буквами

Подпись переводчика