

Дата рожд.

E-mail:

Домашний тел.:

Рабочий тел.:

Должность/Работодатель:

Ф.И.О. домашнего врача:

Адрес: Тел.:

Пожалуйста, ответьте на нижеследующие вопросы о состоянии Вашего здоровья как можно точнее! На эти данные распространяются обязанность сохранения врачебной тайны и положения закона о защите данных, они обрабатываются строго конфиденциально.

Сердечно-сосудистые заболевания:

- Повышенное кровяное давление да нет
- Пониженное кровяное давление да нет
- Клапанный порок сердца да нет
- Протез сердечного клапана да нет
- Кардиостимулятор да нет
- Эндокардит да нет
- Операция на сердце да нет

- Выраженная нейтропения** да нет
- Муковисцидоз** да нет
- Имеется пересаженный орган** да нет
- Были пересажены стволовые клетки** да нет

Инфекционные заболевания:

- ВИЧ-инфекция/стадия СПИДа да нет
- Заболевание печени/гепатит да нет
- Туберкулез да нет
- Другие инфекционные болезни да нет

- Имеется ли беременность?** да нет
- Если да, какой месяц?месяц

- Эпилепсия** да нет
- Астма/заболевания легких** да нет
- Нарушения свертываемости крови** да нет
- Диабет** да нет
- Наркозависимость** да нет
- Нервное заболевание** да нет
- Заболевания почек** да нет
- Обмороки** да нет
- Остеопороз** да нет
- Курение** да нет
- Ревматизм/артрит** да нет
- Заболевание щитовидной железы** да нет
- Иные заболевания:** да нет

Аллергии/непереносимости:

- Местная анестезия/уколы да нет
- Антибиотики да нет
- Обезболивающие да нет
- Металлы:

- Вам уже делали стоматологические рентгеновские снимки?**
- Если да, то когда?

Какие лекарства Вы принимаете регулярно либо принимаете в настоящее время? с

- Принимаете ли Вы бисфосфонаты?** да нет с
- Проходите ли Вы медикаментозную химиотерапию?** да нет с
- Приходите ли Вы лучевую терапию ракового заболевания?** да нет с
- Принимаете ли Вы высокодозные стероиды / иммуносупрессоры?** да нет с

Я согласен с тем, что мои данные будут сохранены в электронном виде, обработаны и использованы для включения в систему вызова и оповещения.

Я обязуюсь незамедлительно сообщать обо всех изменениях, произошедших в течение всего периода лечения. Наряду с этим я обязуюсь являться на прием в назначенное время либо сообщать о невозможности явки не позднее, чем за 24 часа до назначенного приема. Мне известно, что при отсутствии такого уведомления с моей стороны либо в случае несвоевременного уведомления мне может быть выставлен счет за прием.

Я согласен, что в случае обширного стоматологического либо зубопротезного вмешательства, при котором мой стоматолог выплачивает аванс протезисту, в агентстве по защите от кредитного мошенничества либо в справочном агентстве может быть запрошена информация о моей кредитоспособности.

(место)....., (число)

Подпись: