

МЕДИЦИНСКИЙ АНАМНЕЗ

Ф.И.О. пациента {ФамилияИмяОтчество} **Возраст** {ДатаРождения}, {Возраст}

Последний медицинский осмотр _____ Цель визита _____

Какого специалиста хотели бы посетить еще _____

Как Вы оцениваете состояние здоровья в целом: ☐ Отличное ☐ Хорошее ☐ Среднее ☐ Плохое

У ВАС ЕСТЬ сейчас или БЫЛИ в прошлом ДА НЕТ

1. Госпитализация в результате заболевания

или травмы _____ ☐ ☐

2. Аллергические реакции на:

- на местные анестетики _____ ☐ ☐

- на антибиотики _____ ☐ ☐

- на препараты йода _____ ☐ ☐

- на гормональные препараты _____ ☐ ☐

- на другие лекарственные препараты

(указать) _____ ☐ ☐

- на фтор _____ ☐ ☐

- металлы (никель, золото, серебро,

другие - _____ ☐ ☐

- другое _____ ☐ ☐

3. Заболевания сердца _____ ☐ ☐

4. Инфаркт миокарда _____ ☐ ☐

5. Инсульт _____ ☐ ☐

6. Наличие кардиостимулятора _____ ☐ ☐

7. Высокое или низкое артериальное давление ☐ ☐

8. Анемия или другие заболевания крови _____ ☐ ☐

9. Нарушение свертываемости крови _____ ☐ ☐

10. Заболевания ЛОР-органов _____ ☐ ☐

11. Бронхиальная астма _____ ☐ ☐

12. Заболевания печени _____ ☐ ☐

13. Заболевания почек _____ ☐ ☐

14. Эндокринные заболевания (в том числе СД) _____ ☐ ☐

15. Заболевания ЖКТ _____ ☐ ☐

16. Расстройства пищеварения _____ ☐ ☐

17. Заболевания кожи _____ ☐ ☐

18. Сахарный диабет _____ ☐ ☐

19. Заболевания костной системы/суставов _____ ☐ ☐

20. Глаукома _____ ☐ ☐

21. Травмы головы и шеи _____ ☐ ☐

22. Эпилепсия, судороги (приступы) _____ ☐ ☐

- 23.Вирусные инфекции и герпес _____ ☐ ☐
- 24.Венерические заболевания _____ ☐ ☐
- 25.Гепатит (тип _____) _____ ☐ ☐
- 26.ВИЧ/СПИД _____ ☐ ☐
- 27.Туберкулез, корь, ветрянка _____ ☐ ☐
- 28.Опухоль, патологические образования _ ☐ ☐
- 29.Лучевая терапия, химиотерапия _____ ☐ ☐
- 30.Алкогольные/наркотические зависимости _____ ☐ ☐
- 31.После травм, операций плотные
выступающие рубцы _____ ☐ ☐
- 32.Контурная пластика лица или армирование _____ ☐ ☐
- 33.Инъекции ботулотоксина _____ ☐ ☐

ВЫ:

- 34.В настоящее время лечитесь от какого-либо
заболевания _____ ☐ ☐
- 35.Состоите на учете в лечебном учреждении _____ ☐ ☐
- 36.Чувствуете изменения в состоянии Вашего здоровья за последние 24 часа (т.е.
температура,
озноб, кашель или понос) _____ ☐ ☐
- 37.Принимаете лекарственные препараты для
контроля веса _____ ☐ ☐
- 38.Принимаете пищевые добавки _____ ☐ ☐
39. Часто бываете утомлены или измождены _____ ☐ ☐
- 40.Часто страдаете от головной боли _____ ☐ ☐
- 41.Курите или используете табак в иной форме ☐ ☐
- 42.ЖЕНЩИНА - принимаете противозачаточные
препараты _____ ☐ ☐
- 43.ЖЕНЩИНА - беременны _____ ☐ ☐
- 44.ЖЕНЩИНА - гинекологические
заболевания _____ ☐ ☐
- 45.ЖЕНЩИНА - дата последних месячных _____

Опишите, какое медицинское лечение Вы получаете в настоящий момент, предстоящие хирургические операции, генетические заболевания, задержки в развитии или другие виды лечения, которые могут повлиять на Ваше лечение (например, инъекции ботокса или коллагена, стоматологическое лечение)

Укажите все лекарственные препараты, добавки, витамины, которые Вы принимаете в течении последних 2 лет:

Я ДОСТОВЕРНО ОТВЕТИЛ(А) НА ВСЕ ПУНКТЫ АНАМНЕЗА. ОБО ВСЕХ ИЗМЕНЕНИЯХ В СОСТОЯНИИ МОЕГО ЗДОРОВЬЯ ОБЯЗУЮСЬ ПРИ ПЕРВОЙ ВОЗМОЖНОСТИ ИНФОРМИРОВАТЬ ОБ ЭТОМ ВРАЧА

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Ф.И.О. пациента {ФамилияИмяОтчество} **Возраст** {ДатаРождения}, {Возраст}

Как Вы оцениваете состояние Вашей ротовой полости : ☐ Отличное ☐ Хорошее ☐ Среднее ☐ Плохое

Дата последнего осмотра полости рта _____ Дата последнего лечения _____

Я посещаю своего стоматолога в плановом порядке каждые: ☐ 6 мес. ☐ 12 мес. ☐ не посещаю в плановом порядке

ОТВЕТИТЕ «ДА» ИЛИ «НЕТ» НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ:
ДА НЕТ

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

1. Вы боитесь лечиться у стоматолога?
_____ ☐ ☐
2. Был ли у Вас когда-либо неприятный опыт лечения у стоматолога?
_____ ☐ ☐
3. Были ли у Вас осложнения после лечения у стоматолога?
_____ ☐ ☐
4. Были ли у Вас трудности с обезболиванием или осложнения после использования анестетиков?
_____ ☐ ☐
5. Носили ли Вы когда-нибудь брекеты/ проходили ортодонтическое лечение?
_____ ☐ ☐
6. Были ли какие-то из зубов удалены или каких-то зубов никогда не было?
_____ ☐ ☐
7. Появляются ли у Вас трещины губ, заеды?
_____ ☐ ☐

СОСТОЯНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ

8. Когда Вы чистите зубы нитью или зубной щеткой, кровоточат ли у Вас десна?
_____ ☐ ☐
9. Проводилось ли Вам лечение десен или говорили ли Вам, что у Вас есть потеря костной
_____ ткани около зубов? ☐
10. Замечали ли Вы когда-нибудь неприятный привкус во рту или запах?
_____ ☐ ☐
11. Есть ли у кого-нибудь в Вашей семье пародонтит (заболевание десен)?
_____ ☐ ☐
12. Была ли у Вас когда-нибудь рецессия десен (оголение корней зубов)?
_____ ☐ ☐
13. Появлялась ли у Вас подвижность зубов (самопроизвольно, без травмы)? Трудно ли есть
яблоко? ☐ ☐

ТКАНИ ЗУБОВ

14.Появлялся ли у Вас кариес в последние 3 года?

☐ ☐

15.Есть ли у Вас ощущение недостаточного количества слюны во рту или испытываете ли Вы

трудности с проглатыванием какой-либо пищи?

☐ ☐

16.Чувствуете или видите ли Вы ямки (впадины, углубления) на жевательной поверхности зубов?

☐ ☐

17.Реагируют ли Ваши зубы болезненно на горячее, холодное, сладкое или болят, когда Вы кусаете;

Избегаете ли Вы чистку каких-либо зубов?

☐ ☐

18.Есть ли у Вас бороздки или выемки на зубах возле десневого края?

☐ ☐

19.Бывали ли случаи, когда у Вас ломался или откалывался зуб, болел зуб или скалывалась пломба?

☐ ☐

20.Часто ли у Вас застревает пища между зубами?

☐ ☐

ПРИКУС И ЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ

21.Есть ли у Вас проблемы с височно-нижнечелюстным суставом? (боль, звуки, ограниченное

открывание, щелчки)

☐ ☐

22.При смыкании зубов, чувствуете ли Вы, что нижняя челюсть вынужденно задвигается назад?

☐ ☐

23.Испытываете ли Вы трудности с жеванием или избегаете ли Вы жвачку, морковь, орехи, сухари,

багет, белковые батончики или другую твердую и сухую пищу?

☐ ☐

24.Изменились ли Ваши зубы за последние 5 лет, стали ли они короче, тоньше, истерлись?

☐ ☐

25.Замечаете ли Вы, что у Вас повышается искривленность зубов, скученность или перекрытие?

☐ ☐

26.Увеличиваются ли у Вас промежутки между зубами или становятся более подвижными?

☐ ☐

27.Чтобы зубы лучше смыкались, нужно ли Вам сжимать или сдвигать челюсти? Или у Вас несколько

положений прикуса?

☐ ☐

28.Держите ли Вы язык между зубами или смыкаете ли Вы зубы на языке для удобства положения

нижней челюсти?

☐ ☐

29.Есть ли у Вас вредные привычки-жевание льда, кусание ногтей, держать зубами предметы и т.п.?

☐ ☐

30.Стискиваете ли Вы зубы днем, доводите ли Вы их до болезненного состояния?

_____ ☐ ☐

31.Есть ли у Вас проблемы со сном (т.е. беспокойный сон), просыпаетесь ли Вы с
головной болью

или с чувством ощущения собственных зубов?

_____ ☐ ☐

32.Носите ли Вы или носили ли когда-нибудь зубные каппы (предохраняющие зубы)?

_____ ☐ ☐

ХАРАКТЕРИСТИ УЛЫБКИ

33.Хотите ли Вы изменить что-нибудь во внешнем виде Ваших зубов?

_____ ☐ ☐

34.Делали ли Вы когда-либо отбеливание зубов?

_____ ☐ ☐

35.Стесняетесь ли Вы или испытываете дискомфорт из-за внешнего вида своих зубов?

_____ ☐ ☐