

## Информированное согласие пациента на предоставляемые виды стоматологических услуг

### АНКЕТА ПАЦИЕНТА

Уважаемый пациент, пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с анкетой и обведите кружочком правильные ответы

|                                                                  |    |     |
|------------------------------------------------------------------|----|-----|
| Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением общего врача? | ДА | НЕТ |
| Если ответ «ДА», то по какой причине                             |    |     |
| Принимаете ли ВЫ в настоящее время какие-нибудь лекарства?       | ДА | НЕТ |
| Если ответ «ДА», перечислите названия лекарств                   |    |     |
| Сердечно-сосудистые заболевания?                                 | ДА | НЕТ |
| Заболевания Центральной нервной системы?                         | ДА | НЕТ |
| Желудочно-кишечные заболевания?                                  | ДА | НЕТ |
| Заболевания печени, Гепатиты?                                    | ДА | НЕТ |
| Заболевания почек?                                               | ДА | НЕТ |
| Повышенное/Пониженное давление (нужное подчеркнуть)              | ДА | НЕТ |
| Сахарный диабет?                                                 | ДА | НЕТ |
| Бронхиальная астма?                                              | ДА | НЕТ |
| Онкологические заболевания?                                      | ДА | НЕТ |
| Для женщин: Беременны ли Вы или кормите грудью?                  | ДА | НЕТ |
| Заболевания ЛОР органов ? (Гайморит)                             | ДА | НЕТ |
| Нарушение свертываемости крови?                                  | ДА | НЕТ |
| Хирургические операции и переливания крови?                      | ДА | НЕТ |
| Подвергались ли Вы воздействию радиации или токсичных веществ?   | ДА | НЕТ |
| Туберкулез?                                                      | ДА | НЕТ |
| Венерические заболевания?                                        | ДА | НЕТ |
| СПИД?                                                            | ДА | НЕТ |
| Аллергические реакции?                                           | ДА | НЕТ |

|                                   |
|-----------------------------------|
| Если «ДА», то на что? Перечислите |
| Другие заболевания? Укажите       |

Насколько мне известно, я верно ответил(а) на все вопросы.

**Дата 24.04.2025г.**

Подпись пациента \_\_\_\_\_ **Тестов Тест Тестович**