



{Фамилия} {Имя} {Отчество} {ДатаРождения} г.р.)

Сопровождающий _____ (ФИО) _____ кем приходится пациенту

Первичный сбор анамнеза, осмотр пациента и опрос по анкете провел врач {ФамилияИОВрача} {ДатаОсмotra}

Жалобы на момент обращения История заболевания	Что хотели бы сделать? _____
	ЖАЛОБЫ: наКак давно? ____ день/____ месяц/____ ле
	История заболевания _____
	1. Почему не обратились к своему стоматологу? (лечились в клиниках какого города) _____
	2. Уже консультировались по этому вопросу? ДА Почему не начали лечение? дорого не доверяю прицениваюсь долго, травматично не учли моих пожеланий
3. Что предлагали?	
4. Почему выбрали именно нашу клинику: рекомендация от _____ реклама _____ отзывы _____	
5. Почему обратились именно сейчас? обострилась ситуация появилось t и \$ привели родственники появился мотив	

О б ъ е к т и в н о	Внешний осмотр: без особенностей на момент осмотра

К л и н и ч е с к и й о с м о т р п о л о с т и р т а	ПРИКУС	ЗУБЫ (см. зубную формулу)	З/О и ПАРОДОНТ	СОСТ.СЛИЗИСТОЙ РТА	УЛЫБКА	БИОТИП	ОНКО/ВЕН. заболевания
	- Без особенностей - Патология прикуса - Признаки дисфункции ВНЧС - Патологическая стираемость зубов - Молочный - Сменный	- Карнес - Клиновидные дефекты - Дисколорит - Частичная потеря зубов _____ - Подвижность _____ - Мосты, коронки ____ лет - Импланты _____ лет - Съемн.протезы _____ лет - Чувствительность	Зубной налет по Silness & Loe 0 1 2 3 - Пигментированный - Обильный мягкий - Минерализованные з/о - Кровоточивость - Запах изо рта - Гноетечение	- В норме, розовая - Гиперемизированная - Измененная - Рецессия _____	- Не десневая - Десневая _____ мм	- Норма - Тонкий - Толстый	Без видимых признаков онкопатологии в полости рта и на коже лица и признаков венерологического заболевания
	•	•		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4	5 6 7 8	

ДА согласие

ДА отрицание

ДА не понял вопроса

Торопитесь? Да

Rg имеется на руках? Да

Торопитесь? Да

Rg имеется на руках? Да

Оцените состояние ваших зубов по 10-бальной шкале 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		Состоите ли Вы на учете в диспансере или под наблюдением общего врача? Если «ДА», то по какой причине?	ДА
Отмечаете ли Вы нарушения в ВНЧС? (вывих, подвывих, щелчки, хруст)	ДА	Имеются ли у Вас нарушения свертываемости крови (очень плохая, склонность к тромбозам, прием антикоагулянтов)	ДА
Ночное скрежетание зубами? (бруксизм)	ДА	Курите ли Вы? Если «ДА», то сколько сигарет в день? _____	ДА
Есть ли у Вас повышенный рвотный рефлекс? Храп?	ДА	Принимали ли Вы снотворные или успокоительные средства?	ДА
Имелись ли у Вас проблемы в прошлом при стоматологическом лечении? (длительное кровотечение, аллергия на стоматологические материалы и препараты, обмороки, причиняли сильную боль/дискомфорт)	ДА	Отмечаете ли Вы аллергические реакции на лекарства или пищу. Если «ДА», то на что именно?	ДА
		Отмечаете ли Вы прочие проблемы со здоровьем, о которых известно (болезни желудка, почек, легких, печени, эпилепсия)	ДА
Синусит / гайморит	ДА	Остеопороз. Если «да», то принимаете ли вы Бисфосфонаты (Золедронат, Бондронат, Алендроновая кислота, Клодроновая кислота, Этидронат натрия, Клодронат, Тилудронат, Ибандронат натрия)	ДА

Заболевания суставов	ДА		
ВИЧ, туберкулез, гепатит +	ДА	Повышенное/пониженное артериальное давление	ДА
Были вмешательства под общим наркозом	ДА	Болезни сердца, нерегулярный ритм, болезни сосудов	ДА
Опухолевые заболевания	ДА	Инсульт, инфаркт, глаукома, астма	ДА
Сахарный диабет тип:	ДА	Заболевания щитовидной железы	ДА
Принимаете ли Вы какие-нибудь лекарства постоянно?			ДА
ДЛЯ ЖЕНЩИН: Беременны ли вы? / Кормите грудью? / Планируете беременность?			
Семейный анамнез:			
АНКЕТА (опрос по анкете провел _____)			

Я соглашаюсь с политикой обработки и передачи персональных данных ООО «Вашь Дантисть». Я несу ответственность за точность, достоверность и полноту информации о состоянии моего здоровья при заполнении анкеты. Я даю согласие на проведение рентгенологического исследования.

Паспорт серия {СерияНомерПаспорта}; Дата выдачи: {ДатаВыдачи}; Кем выдан: {Выдан}

Адрес регистрации: {АдресРегистрации}

{Фамилия} {Имя} {Отчество} _____ {ТекущаяДата} Телефон: {МобТелефон}

(подпись)

8.	K07.69 болезнь ВНЧС неуточненная
9.	M79.2x невралгия неврит неуточненные, головы и шеи
10.	F45.8 бруксизм

1. Что Вы ожидаете от лечения? решить только основную проблему решить все проблемы с зубами
2. Что ещё для Вас важно в лечение? а) одномоментно/постепенно б) всегда быть с зубами в) по сне/не по сне г) съёмный/несъёмный/условно съёмный е) на сколько лет результат
3. К какому дню Вам нужно быть с улыбкой? _____ и в какой бюджет планируете уложиться _____
4. Когда готовы начать? _____

[illegible]

4. Временная реабилитация при адентии				
Полной				Частичной
• Не надо	Tis/allon4		Съемный	• Косметическая каппа
• Срочно	• Каппа TIS	• Allon4-лайт на зубах	• Имmediат срочный	• На импланте
• Отсрочено	• По Мало	• По моделировке	• Отсроченный протез	• Мост на зубах
•	•	•	•	• Мерилэнд

3. Съёмные на стыках

[illegible]

