

АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

Мы просим Вас аккуратно заполнить эту Анкету. Предоставленная Вами информация крайне важна для проведения грамотного и безопасного стоматологического лечения с благоприятным прогнозом.

1. Фамилия Имя Отчество _____

2. Дата рождения _____

3. Есть ли у Вас в настоящее время или были в прошлом такие заболевания/состояния:

Сердечно-сосудистые заболевания?..... ДА / НЕТ

Если да, то какие: _____

Аллергические реакции?..... ДА / НЕТ

Если да, то как проявляются: _____

Нарушения свертывания крови? ДА / НЕТ

Инфекционные заболевания (ВИЧ, Гепатит С)?..... ДА / НЕТ

Если да, то какие: _____

Другие проблемы со своим здоровьем, о которых Вам известно: _____

4. Принимаете ли Вы в настоящее время какие-нибудь лекарства? ДА / НЕТ

Если да, то какие: _____

Для женщин:

• Беременны ли Вы? ДА / НЕТ

• Кормите ли Вы грудью в настоящее время? ДА / НЕТ

5. Дополнительно о состоянии своего здоровья хочу сообщить следующее:

6. Укажите пожалуйста Ваш контактный номер телефона: +7 _____.

7. Укажите пожалуйста Ваш адрес электронной почты: _____

8. Кого мы можем поблагодарить за рекомендацию нашей клиники: +7 _____,
(имя, отчество)

Я, нижеподписавшийся(аяся)

(фамилия, имя, отчество, дата рождения)

правильно ответил(а) на все вопросы анкеты и осознаю, что сведения о состоянии моего необходимо обновлять с периодичностью 1 раз в половину года.

Подпись _____ / _____ /

расшифровка подписи

Дата “___” _____ 20__ г.