



АВТОРСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ  
ТЕРНОВЫХ

Фамилия, Имя, Отчество

Дата рождения

Дата последнего обследования

Цель обследования

Как Вы оцениваете состояние Вашего здоровья?

Хорошее

Удовлетворительное

Плохое

ЕСТЬ ЛИ У ВАС ИЛИ КОГДА-ТО БЫЛИ

ДА / НЕТ

1. Госпитализация по болезни или по причине травмы

2. Аллергическая реакция на:

Аспирин, Ибупрофен, Парацетамол

Местные анестетики

Латекс

Пенициллин

Фториды

Другое. Что именно?

Эритромицин

Металлы (никель, серебро, золото)

Тетрациклин

Сульфаниламидные препараты

ДА / НЕТ

ДА / НЕТ

3. Проблемы с сердцем или сердечное стентирование за последние 6 месяцев

4. Инфекционный миокардит в прошлом

5. Искусственный сердечный клапан

6. Водитель ритма сердца или вживленный дефибриллятор

7. Протезы

8. Ревматизм или скарлатина

9. Высокое или низкое давление

10. Препараты, разжижающие кровь (антикоагулянты)

11. Анемия или другие проблемы с кровью

12. Плохая свертываемость крови

13. Эмфизема, саркоидоз

14. Туберкулез

15. Астма

16. Проблемы с дыханием или сном (храп, ночное апноэ)

17. Заболевание почек

18. Заболевание печени

19. Желтуха

20. Проблемы с щитовидной и околощитовидными железами, недостаток кальция

21. Гормональные нарушения

22. Повышенный холестерин или прием препаратов понижающих уровень холестерина

23. Диабет

24. Язва желудка или двенадцатиперстной кишки

25. Нарушение пищеварительной системы

26. Остеопороз/остеопатия

27. Артрит

28. Глаукома

29. Травма головы или шеи

30. Эпилепсия, судороги, припадки

31. Неврологические проблемы, синдром дефицита внимания

32. Вирусные инфекции и герпес

33. Любые припухлости в полости рта

34. Крапивница, кожная сыпь, скарлатина

35. Венерические заболевания

36. Гепатит

37. ВИЧ/СПИД

38. Опухоли, новообразования

39. Лучевая терапия

40. Химиотерапия

41. Эмоциональные проблемы

42. Психиатрическое лечение

43. Прием антидепрессантов

44. Алкогольная/наркотическая зависимость

45. Проводится ли Вам лечение другой болезни

46. Чувствуете ли изменения в состоянии Вашего здоровья

47. Принимаете препараты, понижающие вес?

48. Принимаете пищевые добавки

49. Быстро ли Вы устаете?

50. Подвержены ли вы частым головным болям?

51. Вы курите или курили?

52. Наблюдается ли у Вас повышенная раздражительность?

53. Часто чувствуете себя несчастным или подавленным?

54. ДЛЯ ЖЕНЩИН - Вы беременны?

Опишите текущее или предстоящее лечение, или хирургическое вмешательство, или другие лечебные манипуляции, которые могут повлиять на Ваше стоматологическое лечение

Список медикаментов, препаратов, витаминов, добавок, которые вы принимали за последние 2 года

Как Вы оцениваете состояние зубов и полости рта?

Хорошее

Удовлетворительное

Плохое

Когда Вы последний раз были у стоматолога?

Вы регулярно посещаете стоматолога каждые: 3 месяца

4 месяца

6 месяцев

12 месяцев

Есть ли у Вас проблемы требующие незамедлительного вмешательства? (если да, то какие)

Пожалуйста, ответьте ДА или НЕТ на следующие вопросы:

#### ЛИЧНЫЙ АНАМНЕЗ

ДА / НЕТ

1. Испытываете ли Вы страх перед стоматологическим лечением?
2. Есть ли у Вас неблагоприятный опыт предыдущего лечения?
3. Были ли у Вас осложнения после стоматологических вмешательств?
4. Были ли когда-нибудь негативные последствия местной анестезии?
5. Проводилось ли когда-нибудь ортопедическое лечение или избирательное пришлифовывание?
6. Удаляли ли Вам когда-нибудь зубы?

#### ХАРАКТЕРИСТИКА УЛЫБКИ

7. Есть ли что-нибудь во внешнем виде Ваших зубов, что Вам хотелось бы изменить?
8. Вы когда-нибудь отбеливали зубы?
9. Чувствуете ли Вы дискомфорт или неуверенность из-за того, как выглядят Ваши зубы?
10. Были ли Вы когда-либо разочарованы предыдущими стоматологическими реставрациями?

#### ПРИКУС И ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ

11. Есть ли у Вас проблемы с ВНЧС (боль, шумы, ограничение открывания, блокировка, щелчки)?
12. Были ли когда-то или есть сейчас неприятные ощущения при жевании жевательной резинки?
13. Были ли когда-то или есть сейчас проблемы с пережевыванием твердой пищи?
14. Изменились ли Ваши зубы за последние 5 лет, стали короче, тоньше или произошло истирание зуба
15. Есть ли у Вас скученность зубав или щели между зубами?
16. Стираете ли Вы зубы или скрипите зубами днем и ночью?
17. Есть ли у Вас такие привычки, как например: грызть ногти, разгрызть лед, держать зубами предметы?
18. Страдаете ли Вы головной болью (мигренью)?
19. Есть ли у Вас проблемы со сном и не просыпаетесь ли Вы с ощущением гиперчувствительности зубов?
20. Носите ли Вы или носили когда-то какие-нибудь капы?

#### СТРУКТУРА ЗУБОВ

21. Отмечался ли у Вас кариес в течении последних 3-х лет?
22. Страдаете ли Вы сухостью в полости рта?
23. Чувствуете ли Вы или замечаете какие-либо полости или углубления на хватательных поверхностях зубов?
24. Есть ли у Вас чувствительность зубов на горячее, холодное, при накусывании или на сладкое?
25. Есть ли у Вас какие-либо углубления, зазубриныили трещины на зубах рядом с деснами?
26. У Вас когда-либо ломались или трескались зубы, выпадали ли пломбы?
27. Застраевает ли пища между зубами?

#### СОСТОЯНИЕ ПАРОДОНТА

28. Кровоточат ли десны во время еды, чисткой щеткой или нитью?
29. Проводилось когда-либо лечение десен?
30. Вы когда-либо ощущали неприятный привкус во рту или неприятный запах?
31. Страдает ли кто-либо из Ваших родственников заболеваниями десен?
32. Были ли когда-либо рецессии десны?
33. Выпадали ли у Вас зубы? Есть ли трудности при надкусывании яблок?
34. Не возникало ли чувство жжения в полости рта?

Просим Вас в будущем информировать нас о любых изменениях состояния Вашего здоровья, о любых медицинских процедурах и лечении, о медикаментах и лекарствах, которые вы принимаете или собираетесь принимать.

Дата заполнения анкеты

Ф.И.О. и подпись пациента

Ф.И.О. и подпись врача