**Лист здоровья пациента.**

**Уважаемый пациент!**

*Благодарим Вас за обращение в семейную стоматологическую клинику* ***«Aurora DentHouse»***

*Наши специалисты хотели бы как можно лучше провести Ваше лечение. Его успех в немалой степени зависит от состояния Вашего здоровья. Пожалуйста, ответьте на все вопросы полностью*

*( ДА, НЕТ или Затрудняюсь ответить).*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Имеете ли Вы:** | **ДА** | | **НЕТ** | **Затрудняюсь ответить** |
| **1. Нарушение системы кровообращения** | ${y1} | | ${n1} | ${t1} |
| **2. Высокое кровяное давление** | ${y2} | | ${n2} | ${t2} |
| **3. Низкое кровяное давление** | ${y3} | | ${n3} | ${t3} |
| **4. Заболевания сердца** | ${y4} | | ${n4} | ${t4} |
| **5. Болезни щитовидной железы** | ${y5} | | ${n5} | ${t5} |
| **6. Нарушения свертываемости крови** | ${y6} | | ${n6} | ${t6} |
| **7. Болезни легких** | ${y7} | | ${n7} | ${t7} |
| **8. Бронхиальную астму** | ${y8} | | ${n8} | ${t8} |
| **9. Болезни почек** | ${y9} | | ${n9} | ${t9} |
| **10. Болезни желудочно-кишечного тракта** | ${y10} | | ${n10} | ${t10} |
| **11. Инфекционные заболевания** |  | | | |
| **- ВИЧ инфекции** | ${y11-a} | | ${n11-a} | ${t11-a} |
| **- Инфекционный гепатит** | ${y11-b} | | ${n11-b} | ${t11-b} |
| **12. Болезни нервной системы** |  | | | |
| **-- Эпилепсия** | ${y12-a} | | ${n12-a} | ${t12-a} |
| **-- Психические болезни** | ${y12-b} | | ${n12-b} | ${t12-b} |
| **13. Глаукома** | ${y13} | | ${n13} | ${t15} |
| **14. Лекарственная или наркотическая зависимость?** | ${y14} | | ${n14} | ${t15} |
| ***${14-text}*** | | | | |
| **15. Диабет** | ${y15} | | ${n15} | ${t15} |
| **16. Прочие болезни** | ${y16} | | ${n16} | ${t16} |
| **17. Есть ли у вас аллергия? (какие)** | ${y17} | | ${n17} | ${t17} |
| ***${17-text}*** | | | | |
| **-Есть ли у Вас аллергия на цитрусовые?** | ${y17-a} | | ${n17-a} | ${t17-a} |
| **18. Если Вы женщина, нет ли в настоящий момент беременности? (срок)** | ${period} | | | |
| **19.Принимаете ли Вы систематически медикаменты (какие) ?** | ${y19} | ${n19} | | ${t19} |
| ***${19-text}*** | | | | |
| **20. Имеется ли у Вас кардиостимулятор** | ${y20} | | ${n20} | ${t20} |
| **21. Имеется ли у Вас повышенный рвотный рефлекс?** | ${y21} | | ${n21} | ${t21} |
| **22. Принимали ли Вы бисфосфонаты последние 5 лет?** | ${y22} | | ${n22} | ${t22} |
| **23. Курите ли вы?** | ${y23} | | ${n23} |  |
| **24. Если у вас имеются какие-либо иные особенности или проблемы со здоровьем, пожалуйста сообщите об этом.** | | | | |
| ***${24-text}*** | | | | |

***Естественно ответы на все вопросы будут сохранены в тайне.***

**ПОДТВЕРЖДЕНИЕ: Я удостоверяю, что мои ответы правильны.**

Ф.И.О*. ${Familia} ${Name} ${Patronymic}*

***Дата:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Подпись:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***