**Лист здоровья пациента.**

**Уважаемый пациент!**

***Специалисты ООО «Аврора ДентХаус» 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** | ${yes\_1} | ${no\_1} | | ${think\_1} |
| **2. Высокое кровяное давление** | ${yes\_2} | ${no\_2} | | ${think\_2} |
| **3. Низкое кровяное давление** | ${yes\_3} | ${no\_3} | | ${think\_3} |
| **4. Заболевания сердца** | ${yes\_4} | ${no\_4} | | ${think\_4} |
| **5. Болезни щитовидной железы** | ${yes\_5} | ${no\_5} | | ${think\_5} |
| **6. Нарушения свертываемости крови** | ${yes\_6} | ${no\_6} | | ${think\_6} |
| **7. Болезни легких** | ${yes\_7} | ${no\_7} | | ${think\_7} |
| **8. Бронхиальную астму** | ${yes\_8} | ${no\_8} | | ${think\_8} |
| **9. Болезни почек** | ${yes\_9} | ${no\_9} | | ${think\_9} |
| **10. Болезни желудочно-кишечного тракта** | ${yes\_10} | ${no\_10} | | ${think\_10} |
| **11. Инфекционные заболевания** |  | | | |
| **- ВИЧ инфекции** | ${yes\_11-a} | ${no\_11-a} | | ${think\_11-a} |
| **- Инфекционный гепатит** | ${yes\_11-b} | ${no\_11-b} | | ${think\_11-b} |
| **12. Болезни нервной системы** |  | | | |
| **-- Эпилепсия** | ${yes\_12-a} | ${no\_12-a} | | ${think\_12-a} |
| **-- Психические болезни** | ${yes\_12-b} | ${no\_12-b} | | ${think\_12-b} |
| **13. Глаукома** | ${yes\_13} | ${no\_13} | | ${think\_15} |
| **14. Лекарственная или наркотическая зависимость?** | ${yes\_14} | ${no\_14} | | ${think\_15} |
| ***${14-text}*** | | | | |
| **15. Диабет** | ${yes\_15} | ${no\_15} | | ${think\_15} |
| **16. Прочие болезни** | ${yes\_16} | ${no\_16} | | ${think\_16} |
| **17. Аллергию на лекарства, (какие)** | ${yes\_17} | ${no\_17} | | ${think\_17} |
| ***${17-text}*** | | | | |
| **-Есть ли у Вас аллергия на цитрусовые?** | ${yes\_17-a} | ${no\_17-a} | | ${think\_17-a} |
| **18. Если Вы женщина, нет ли в настоящий момент беременности? (срок)** | ${period} мес. | | | |
| **19.Принимаете ли Вы систематически медикаменты (какие) ?** | ${yes\_19} | | ${no\_19} | ${think\_19} |
| ***${19-text}*** | | | | |
| **20. Имеется ли у Вас кардиостимулятор** | ${yes\_20} | ${no\_20} | | ${think\_20} |
| **21. Имеется ли у Вас повышенный рвотный рефлекс?** | ${yes\_21} | ${no\_21} | | ${think\_21} |
| **22. Принимали ли Вы бисфосфонаты последние 5 лет?** | ${yes\_22} | ${no\_22} | | ${think\_22} |

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

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

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

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