Уважаемый пациент, пожалуйста, оставьте информацию о себе, необходимую для нашей работы:

Фамилия _____

Имя _____

Отчество_____

Дата рождения_____

Домашний адрес с почтовым индексом_____

_____

Телефон домашний_____

Телефон мобильный_____

Телефон рабочий_____

E-mail (печатными буквами) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Специалисты нашей стоматологической клиники хотели бы как можно лучше провести Ваше лечение!
Его успех в немалой степени зависит от состояния Вашего здоровья. Пожалуйста, ответьте на все вопросы полностью.
Эти данные не подлежат разглашению и служат исключительно для подбора Вашего лечения!

Имеете ли Вы:	**ДА**	**НЕТ**
1. Нарушения системы кровообращения:		
-высокое давление….		
-низкое давление….		
-нарушение свёртывания крови….		
2. Сердечно-сосудистые заболевания….		
3. Болезни щитовидной железы….		
4. Болезни легких….		
5. Болезни почек….		
6. Гепатит (вид год)….		
7. СПИД….		
8. Туберкулез….		
9. Болезни желудочно-кишечного тракта….		
10. Инфекционные заболевания….		
11. Болезни нервной системы….		
12. Страдаете ли Вы заболеванием височно-нижнечелюстных суставов?....		
13. Были ли у Вас осложнения после стоматологического лечения?....		
- если «ДА», то какие?....		
14. Аллергия на лекарство, пищевые продукты….		
15. Страдаете ли Вы бруксизмом (скрипите ли Вы зубами во сне)?....		
16. Были ли за последние 6 месяцев хирургические вмешательства?....		
17. Было ли переливание донорской крови или препаратов из нее?....		
18. Когда в последний раз были сделаны рентгенограммы? (в теч. 12 мес.)…...		
19. Имеется ли у Вас личный радиационный паспорт?....		
20. Находитесь ли Вы под наблюдением врача?....		
21. Принимаете ли Вы лекарственные препараты?....		
22. Какой лекарственный препарат Вы принимали в течении последних двадцати четырех часов? (укажите)….		
23. Применяете ли Вы кардиостимулятор?....		
24. Сахарный диабет?....		
25. Онкологические заболевания?....		
Для женщин:		
26. Беременны ли Вы в настоящий момент?....		
27. Кормите ли Вы грудью?....		

Подтверждение: Я,_____

(ФИО полностью)

удостоверяю, что мои ответы правильны и даю согласие ООО «СК ГЕММА» на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих(моего ребенка) указанных выше персональных данных в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что обработка и хранение персональных данных осуществляется сотрудниками ООО «СК ГЕММА» без права передачи информации посторонним лицам.

Дата: «_____»_____20_____г. Подпись_____