



гісторыя форма

Уважаемые пациенты,

Болезней всех видов может иметь влияние на лечение. Поэтому, пожалуйста, заполните этот бланк тщательно. Он будерт прикреплен к Вашим документам. Вся информация подлежит медицинской конфиденциальности и используются исключительно для регулировки лечения Вашего здоровья.

Фамилия	Имя	день рождения	
Индекс	Город	Улица	
дом. Телефон	сотовый Телефон	раб. Телефон	
страховая компания	на кого оформленна страховка (Ф, И, Д/Р)		
лечащий врач	Город	лечащий зубной врач	Город

имеете или имели Вы одно из перечисленных заболеваний?

	да	нет		да	нет
Диабет	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	у вас высокое кровяное давление?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
заболевания крови (долгое кровотечение плохое свёртывание крови)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	у вас низкое кровяное давление?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Инфекционные заболевания (Гепатит А, В, С ВИЧ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	имеете или имели Вы заболевания сердца?		
заболевания щитовидной железы	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- врожденные или приобретенные пороки сердца	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
болезни легких / астма	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Протез клапана сердца	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
заболевания нервной системы	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- эндокардит	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
заболевания печени	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- операции на сердце	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ревматизм	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- Есть ли у Вас кардиостимулятор		
заболевание почек	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	принимаете ли Вы лекарства, которые препятствуют свертыванию крови? (Маркумар, АСС)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Эпилепсия	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	есть ли у Вас на определенные лекарства или местной анестезии негативные реакции? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
желудочно-кишечные заболевания	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	есть ли аллергия? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
заболевания глаз (катаракта, глаукома)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	какие лекарства Вы принимаете на сегодня? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
проводилось ли облучение опухоли после лечения	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	для женщин: Вы беременны? кормите ли грудью?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
другие заболевания? если да, то какие? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____		

числ

роспись