

# Стоматология ООО «Праксис»

г. Магнитогорск, ул. Тевосяна 4А, офис 5

## КАРТА ОПРОСА БОЛЬНОГО ПЕРЕД СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ Отчество \_\_\_\_\_

Год рождения \_\_\_\_\_ Домашний адрес \_\_\_\_\_

1. Имеются ли у Вас какие-либо общие заболевания (если да, то какие)? \_\_\_\_\_
2. Лечились ли Вы в последние два года в больнице или поликлинике (если да, то по какому поводу)?  
\_\_\_\_\_
3. Принимаете ли Вы постоянно лекарственные препараты (если да, то какие)? \_\_\_\_\_
4. Наблюдается ли у вас склонность к кровотечениям или кровоизлияниям (синякам), в т.ч. при удалении зубов?                    Да                    Нет
5. Связана ли ваша работа с вредными условиями труда (если да, то какими)? \_\_\_\_\_
6. Проводились ли у Вас костные операции с применением металлических штифтов, спиц, пластинок и т.п. (если да, то какие)? \_\_\_\_\_
7. Проводилось ли вам переливание крови (если да, то по какому поводу)? \_\_\_\_\_
8. Являетесь ли вы донором?            Да                    Нет
9. Какое у вас кровяное давление? \_\_\_\_\_
10. Беременны ли Вы?                    Да                    Нет
11. Хорошо ли Вы переносите обезболивание при удалении зубов (если нет, то какие были осложнения)? \_\_\_\_\_
12. Имеется ли у Вас кровоточивость десен при чистке зубов?                    Да                    Нет
13. Бывают ли у Вас высыпания на слизистой оболочке полости рта?            Да                    Нет
14. Были ли у Вас гнойные воспаления в челюстнолицевой области?            Да                    Нет
15. Причины потери Ваших зубов (травма, разрушение в следствии кариеса, подвижность зубов при парадонтите, воспалительный процесс) (подчеркнуть)
16. Страдаете ли Вы перечисленными заболеваниями (укажите какими)?

а) сердца

б) сахарным диабетом

в) крови

г) аллергией

д) щитовидной железы

е) легких

ж) нервными болезнями

з) венерическими

и) инфекционным гепатитом

к) печени

л) ревматизмом

м) почек

н) эпилепсией

о) желудочно-кишечными

п) туберкулезом

р) циклически текущими заболеваниями

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.