Анкета пациента

1. Частота посещения стоматологического кабинета .....
2. Дата последнего посещения .....
3. Своевременность посещения стоматолога (сразу при выявлении дефектов; только при наличии боли) .....
4. Перенесенные заболевания:
- гепатит .....
- туберкулез .....
- заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь, стенокардия, симптоматическая гипертония, гипотония и др. .....
- заболевания крови .....
- аллергические проявления (сыпь, зуд, жжение, покраснение, отечность слизистых и др.) на какие-либо внешние факторы, лекарства .....
- хронические инфекции (в т.ч. ОРВИ, хр. тонзилиты, колиты, дисбактериозы) .....
- заболевания суставов .....
- заболевания желудочно-кишечного тракта .....
- наблюдаетесь ли у эндокринолога или другого специалиста .....
- имеется ли патология со стороны легких, печени .....

Отметьте все, что вы знаете о своем здоровье, проинформируйте врача.

Подпись пациента .....

Лист согласования «О»

1. Предложенный план лечения

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Подпись пациента .....

2. Ожидаемые осложнения, связанные со стоматологической услугой, в т. ч. аллергические реакции .....
.....
.....
3. Изменение в диагнозе и связанные с ними изменения в лечении .....

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Подпись пациента .....

4. Необходимые дополнительные диагностические обследования в т.ч. гистологические .....
5. Предварительная стоимость услуги .....
6. Стоимость услуги при доп. исследов. изменении плана лечения .....
7. Рекомендации по лечению, уходу за полостью рта (памятка выдана на руки).

Мне известно, что медицинская услуга отнесена к категории опасных, ст. 40 Закона о сан. эпид, благополучии населения. Лист согласования мною прочитан, подписи поставлены осознанно. Полученная информация (о характере оказываемой услуги, возможных нежелательных результатах, осложнениях и их причинах) понятна и достаточна для принятия решения. С правами и обязанностями пациента знаком по общей информации.

Фамилия пациента ..... Подпись .....
Фамилия врача ..... Подпись .....