

АНАМНЕСТИЧНА АНКЕТА

Прізвище, ім'я, освітньо-кваліфікаційний ступінь:	
Персональний номер:	Медична страхова компанія:
Місце проживання (адреса):	
Рід занять / професія:	Контактні дані (мобільний телефон):

Факультетська лікарня м. Оломоуць — Стоматологічна клініка є навчальним підрозділом медичного факультету Університету Палацького, де відбувається підготовка, зокрема, лікарів для роботи за фахом.

Погоджуюсь на те, що обстеження та лікування буде проводитися в межах навчання лікарем за участі студента або студентом і що студент може знайомитися з моєю медичною документацією, і то лише в потрібному обсязі та на підставі дозволу, наданого медичним працівником.

☐ ТАК ☐ НІ

1.	Чи вживаєте або вживали Ви регулярно протягом останніх 12 місяців якісь ЛІКИ?	☐ ТАК ☐ НІ
	Якщо так, які:	
2.	Ви КУРИТЕ? Якщо так, скільки сигарет на день і відколи:	☐ ТАК ☐ НІ
3.	Чи була у Вас колись АЛЕРГІЯ на ліки, пилок, пил, їжу, хімічні речовини тощо?	☐ ТАК ☐ НІ
	Якщо так, зазначте на що:	
4.	Чи вживали Ви колись антибіотики?	☐ ТАК ☐ НІ
	Якщо ТАК , чи була алергічна реакція та яка?	
5.	Чи страждаєте Ви на підвищену КРОВОТОЧИВІСТЬ?	☐ ТАК ☐ НІ
6.	Чи вживаєте Ви ліки, що спричиняють підвищену кровоточивість («для розрідження крові»)?	☐ ТАК ☐ НІ
	Якщо ТАК , які ліки?	
7.	Чи маєте Ви кардіостимулятор?	☐ ТАК ☐ НІ
8.	У якого стоматолога Ви зареєстровані?	
9.	Як часто Ви відвідуєте стоматолога? Коли востаннє?	
10.	Для жінок: Ви вагітні?	☐ ТАК ☐ НІ
11.	Позначте (хрестиком), на які з перелічених захворювань ви хворіли або з приводу яких лікуєтесь.	
	☐ Захворювання серця ☐ Артеріальна гіпертензія ☐ Астма ☐ Цукровий діабет ☐ Епілепсія	☐ Захворювання щитоподібної залози ☐ Психічна хвороба ☐ Анемія (малокрів'я) ☐ Захворювання печінки ☐ Пухлина (рак)
	☐ СНІД ☐ Хвороби, що передаються статевим шляхом ☐ Часті екземи / грибкові захворювання ☐ Ревматична пропасниця ☐ Ендокардит	☐ Трансплантація ☐ Туберкульоз ☐ Операції/травми голови ☐ Вірусний гепатит

Заявляю, що я усвідомлюю важливість інформації, наведеної вище, для мого належного лікування і тому повністю і правдиво відповів (-ла) на всі запитання та не приховав (-ла) жодної інформації щодо стану свого здоров'я.

Дата	Підпис пацієнта	Особистий штамп і підпис лікаря, що проводить обстеження

Переконайтеся, що всі анамnestичні дані пацієнта є достовірними. Якщо анамnestичні дані пацієнта змінилися, потрібно заповнити нову анамnestичну анкету.

Дата	Підпис пацієнта	Особистий штамп і підпис лікаря, що проводить обстеження