

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ОСМОТР И КОНСУЛЬТАЦИЮ (№ _____)

Я, (Ф.И.О. полностью) _____ д.р. _____,
действуя в интересах (Ф.И.О. полностью) _____ д.р. _____),
добровольно обращаюсь за медицинской помощью в стоматологическую клинику ООО "СтильДент", предоставляю
полностью имеющуюся на сегодняшний день информацию о состоянии моего здоровья (здоровья моего представляемого
лица) и соглашаюсь на проведение осмотра полости рта, манипуляции и исследования, включая рентгенологические, для
получения максимально полной картины состояния здоровья, диагностики и назначения предварительного плана лечения,
для возможности врачу согласовать этот план со мной.

Следующая информация очень важна для того, чтобы мы смогли обеспечить

Вас стоматологической помощью, в соответствии с состоянием вашего здоровья, наиболее эффективно и безопасно.

Неполная и неправильная информация может повредить Вашему здоровью. Вам необходимо ответить на каждый вопрос.

Если вопрос не понятен или Вы не уверены в ответе, обсудите этот вопрос с вашим врачом.

1. Находитесь ли вы в настоящее время под наблюдением общего врача: «НЕТ», «ДА». Если «ДА», укажите по какой
причине _____

2. Все ли лекарства или продукты Вы хорошо переносите: «ДА», «НЕТ». Если «НЕТ», то укажите: каждое лекарственное
средство или продукт, на которое отмечалась нежелательная реакция, и коротко опишите, в чем она проявилась

3. Применяли ли ранее средства для местного обезболивания (новокаин, лидокаин, др. средства): «ДА», «НЕТ», «НЕ
ЗНАЮ» (не было ли во время их применения слабости, потливости, затруднения дыхания, потери сознания, других
неприятных ощущений) _____

4. Знаете ли Вы уровень вашего артериального давления: «НЕТ», «ДА». Если знаете, укажите цифры обычного для Вас
давления _____

5. Лечитесь ли Вы в настоящее время или лечились ранее по поводу следующих заболеваний:

а) Заболевания сердца (перенесенный инфаркт, стенокардия, сердечная недостаточность, другие заболевания): «НЕТ», «ДА».

Если «ДА», то какие заболевания _____

укажите, какие лекарственные препараты для лечения этих заболеваний и в каких дозах Вы принимаете

б) Заболевания органов дыхания (хронический бронхит, бронхиальная астма, туберкулез или другие заболевания): «НЕТ»,
«ДА». Если «ДА», укажите какие заболевания _____

и какие лекарственные препараты вы принимаете для их лечения _____

в) Заболевания органов пищеварения (язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, или другие заболевания):

«НЕТ», «ДА», укажите какие заболевания _____

и какие лекарственные препараты Вы принимаете для их лечения _____

г) Заболевания печени (желтуха, гепатит): «НЕТ», «ДА». Если «ДА», укажите какие заболевания _____

д) Заболевания нервной системы (параличи, судороги, потери сознания или другие заболевания): «НЕТ», «ДА». Если «ДА»,
укажите какие заболевания _____

е) Заболевания крови (гемофилия, повышенная или пониженная свертываемость крови или другие заболевания): «НЕТ»,
«ДА». Если «ДА», укажите какие заболевания _____

и какие лекарственные препараты Вы принимаете для их лечения _____

ж) Эндокринные заболевания (диабет, тиреотоксикоз, гипотиреоз, базедова болезнь, микседема, зоб или другие
заболевания): «НЕТ», «ДА». Если «ДА», укажите какие заболевания _____

6. Для женщин: беременны ли Вы (если «ДА», укажите срок) _____

7. Были ли у Вас травмы челюстно-лицевой области: «ДА», «НЕТ» (укажите давность травмы) _____

8. Проводилось ли лечение или обследование под наркозом, по какому поводу _____

9. Были ли какие-нибудь особенности течения и общего состояния или осложнения при проведении наркоза в первые сутки
и после? _____

10. Откуда Вы узнали о нашей клинике _____

Номер телефона _____

Я согласен(-на) получать SMS-рассылку о появлении новых услуг и проводимых акциях

Да

☐

Нет

☐

Пациент _____ (_____) «____» _____ 20____ г.

Врач _____ (_____) «____» _____ 20____ г.