

Сегодняшнее число \_\_\_\_\_

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Домашний тел. \_\_\_\_\_ Рабочий тел. \_\_\_\_\_

Год рождения \_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_

Причина настоящего визита: острая боль, лечение, консультация (нужное подчеркнуть)

Следующая информация является крайне важной для того, чтобы мы могли обеспечить Вас стоматологическим лечением в соответствии с Вашим общим состоянием здоровья и в интересах эффективности стоматологического лечения. Неправильная информация может повредить Вашему здоровью. Лечитесь ли Вы в настоящее время или лечились раньше по поводу следующих заболеваний:

(нужное подчеркнуть)

Ревматизм сердца, врожденные пороки сердца            ДА/НЕТ

Инфаркт миокарда, стенокардия, хирургия на сердце, нарушение ритма            ДА/НЕТ

Желудочно-кишечные заболевания            ДА/НЕТ

Повышенное артериальное давление            ДА/НЕТ

Пониженная свертываемость крови            ДА/НЕТ

Малокровие            ДА/НЕТ

Венерические заболевания или СПИД            ДА/НЕТ

Туберкулез            ДА/НЕТ

Гепатит (желтуха)            ДА/НЕТ

Аллергические реакции на \_\_\_\_\_

Для женщин: срок беременности \_\_\_\_\_ недель

Приступы эпилепсии            ДА/НЕТ

Частые обмороки            ДА/НЕТ

Добавьте то, что считаете важным \_\_\_\_\_

Имелись ли у Вас при предыдущем стоматологическом лечении:

Аллергические реакции            ДА/НЕТ

Продолжительное кровотечение            ДА/НЕТ

Какие-либо другие осложнения во время или после стоматологического лечения

Я даю разрешение моему доктору делать рентгеновские снимки, проводить диагностические приемы, которые доктор сочтет необходимым для выяснения диагноза. Я даю разрешение проводить нужные лечебные мероприятия, и разрешаю доктору использовать ассистента, участие которого в моем лечении он считает необходимым. Я разрешаю передачу информации, полученной от меня и связанной с моим стоматологическим состоянием, третьим лицам/ оплачивающим мое лечение и (или) другому лечащему врачу в интересах моего здоровья.

Я гарантирую оплату услуг, оказанных мне в данном лечебном учреждении.

Я предупрежден, что несмотря на стремление моего врача к успешному результату лечения, могут иметь место непредвиденные осложнения, связанные с проведением стоматологических манипуляций и обязуюсь выполнять все рекомендации моего врача, направленные на профилактику их возникновений и улучшение моего здоровья.

Личная подпись