

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