

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Имя и Фамилия пациента _____ Как к Вам обращаться? _____ Возраст _____

Как бы Вы оценили состояние Вашей ротовой полости? Отличное Хорошее Среднее Плохое

Дата последнего осмотра полости рта ____/____/____ Дата последнего рентгена ____/____/____

Дата последнего лечения (не считая гигиенической чистки) ____/____/____

Я посещаю своего стоматолога в плановом порядке каждые : 3 мес. 4 мес. 6 мес. 12 мес. Не посещаю в плановом порядке

Какая проблема привела Вас в клинику? _____

ОТВЕТЬЕ «ДА» ИЛИ «НЕТ» НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ: ДА НЕТ

Да нет

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ



1. Вы боитесь лечиться у стоматолога? По шкале от 1 (несильно) до 10 (очень сильно) на сколько боитесь [____] _____ Да Нет
2. Был ли у Вас когда-либо неприятный опыт лечения у стоматолога? _____ Да Нет
3. Были ли у Вас когда-либо осложнения после лечения у стоматолога? _____ Да Нет
4. Были ли у Вас трудности с обезболиванием или осложнения после использования анестетиков? _____ Да Нет
5. Носили ли Вы когда-нибудь брекеты, проходили ортодонтическое лечение, исправление или шлифовывание прикуса? _____ Да Нет
6. Были ли какие-то из зубов удалены или каких зубов никогда не было? _____ Да Нет

СОСТОЯНИЕ ДЕСЕН И КОСТНОЙ ТКАНИ



7. Когда Вы чистите зубы нитью или зубной щеткой, кровоточат или болят ли у Вас десны? _____ Да Нет
8. Проводилось ли Вам лечение десен или говорили ли Вам, что у Вас есть потеря костной ткани около зубов? _____ Да Нет
9. Замечали ли Вы когда-нибудь неприятный привкус во рту или запах? _____ Да Нет
10. Есть ли у кого-нибудь в Вашей семье пародонтит (заболевание десен)? _____ Да Нет
11. Была ли у Вас когда-нибудь рецессия десен (оголение корней зубов)? _____ Да Нет
12. Появлялась ли у Вас расшатанность зубов (самопроизвольно, без травмы)? Трудно ли Вам есть яблоко? _____ Да Нет
13. Вы когда-нибудь испытывали чувство жжения во рту не связанное с зубами? _____ Да Нет

ТКАНИ ЗУБОВ



14. Появлялся ли у Вас кариес в последние 3 года? _____ Да Нет
15. Есть ли у Вас ощущение недостаточного количества слюны во рту или испытываете ли Вы трудности с проглатыванием какой-либо пищи? _____ Да Нет
16. Чувствуете или видите ли Вы ямки (впадины, углубления) на жевательной поверхности зубов? _____ Да Нет
17. Реагируют ли Ваши зубы болезненно на горячее, холодное, сладкое или болят, когда Вы кусаете; Избегаете ли Вы чистку каких-либо зубов? _____ Да Нет
18. Есть ли у Вас бороздки или выемки на зубах возле десневого края? _____ Да Нет
19. Бывали ли случаи, когда у Вас ломался или откалывался зуб, болел зуб или скалывалась пломба? _____ Да Нет
20. Часто ли у Вас застревает пища между зубами? _____ Да Нет

ПРИКУС И ЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ



21. Есть ли у Вас проблемы с височно-нижнечелюстным суставом? (боль, звуки, ограниченное открывание, щелчки) _____ Да Нет
22. При смыкании зубов, чувствуете ли Вы, что нижняя челюсть вынужденно задвигается назад? _____ Да Нет
23. Испытываете ли Вы трудности с жеванием или избегаете ли Вы жвачку, морковь, орехи, сухари, багет, белковые батончики или другую твердую и сухую пищу? _____ Да Нет
24. Изменились ли Ваши зубы за последние 5 лет, стали ли они короче, тоньше, истерлись? _____ Да Нет
25. Замечаете ли Вы, что у Вас повышается искривленность зубов, скученность или перекрытие? _____ Да Нет
26. Увеличиваются ли у Вас промежутки между зубами или становятся ли Ваши зубы более подвижными? _____ Да Нет
27. Чтобы зубы лучше смыкались, нужно ли Вам сжимать или сдвигать челюсти? Или у Вас несколько положений прикуса? _____ Да Нет
28. Держите ли Вы язык между зубами или смыкаете ли Вы зубы на языке для удобства положения нижней челюсти? _____ Да Нет
29. Есть ли у Вас вредные привычки- жевание льда, кусание ногтей, держать зубами предметы и т.п.? _____ Да Нет
30. Стискиваете ли Вы зубы днем, доводите ли Вы их до болезненного состояния? _____ Да Нет
31. Есть ли у Вас проблемы со сном (т.е. беспокойный сон), просыпаетесь ли Вы с головной болью или с чувством ощущения собственных зубов? _____ Да Нет
32. Носите ли Вы или носили ли когда-нибудь зубные каппы (предохраняющие зубы)? _____ Да Нет

ХАРАКТЕРИСТИКИ УЛЫБКИ



33. Хотите ли Вы изменить что-нибудь во внешнем виде Ваших зубов? _____ Да Нет
34. Делали ли Вы когда-либо отбеливание зубов? _____ Да Нет
35. Стесняетесь ли Вы или испытываете дискомфорт из-за внешнего вида своих зубов? _____ Да Нет
36. Были ли Вы когда либо разочарованы эстетическими результатами предыдущего лечения? _____ Да Нет

Подпись пациента _____ Дата _____

Подпись врача _____ Дата _____

МЕДИЦИНСКИЙ АНАМНЕЗ

Имя и Фамилия пациента _____

Как Вы оцениваете состояние своего здоровья в целом? Отличное Хорошее Среднее Плохое

У ВАС ЕСТЬ сейчас или БЫЛИ в прошлом: **ДА** **НЕТ**

1. Госпитализация в результате заболевания или травмы _____
2. Аллергическая реакция на
 - аспирин, ибупрофен, ацетаминофен, кодеин
 - пеницилин
 - эритромицин
 - тетрациклин
 - сульфаниламиды
 - местные анестетики
 - фтор
 - металлы (никель, золото, серебро, _____)
 - латекс
 - другое
3. Проблемы с сердцем, ИБС, стенты или АКШ в последние 6 мес. _____
4. Инфекционный эндокардит _____
5. Искусственный клапан, пластика порока сердца _____
6. Вводитель ритма или имплантируемый дефибриллятор _____
7. Ортопедический имплант (замена сустава) _____
8. Ревматизм или скарлатина _____
9. Высокое или низкое артериальное давление _____
10. Инсульт (принимаете антикоагулянты) _____
11. Анемия или другое заболевание крови _____
12. Длительное кровотечение при легком порезе (МНО>3,5) _____
13. Эмфизема, одышка, саркоидоз _____
14. Туберкулез, корь, ветрянка _____
15. Астма _____
16. Проблемы с дыханием или сном (т.е. насморк, храп, синуситы) _____
17. Заболевания почек _____
18. Заболевания печени _____
19. Желтуха _____
20. Заболевания щитовидной/паращитовидной железы _____
- или дефицит кальция _____
21. Гормональная недостаточность _____
22. Высокий холестерин или прием статинов _____
23. Диабет (HbA1c= _____) _____
24. Язва желудка или двенадцатиперстной кишки _____
25. Расстройства пищеварения (т.е. целиакия, желудочный рефлюкс) _____
26. Остеопороз/остеопения (т.е. принимаете бисфосфонаты) _____

27. Артрит _____
28. Аутоиммунное заболевание
(т.е. ревматоидный артрит, волчанка, склеродермия) _____
29. Глаукома _____
30. Контактные линзы _____
31. Травмы головы и шеи _____
32. Эпилепсия, судороги (приступы) _____
33. Неврологические расстройства
(СДВ, СДВГ, прионная болезнь) _____
34. Вирусные инфекции и герпес _____
35. Любые образования или припухлости во рту _____
36. Крапивница, кожная сыпь, сенная лихорадка _____
37. Венерические заболевания/папилломавирус _____
38. Гепатит (тип _____) _____
39. ВИЧ/СПИД _____
40. Опухоль, патологические образования _____
41. Лучевая терапия _____
42. Химиотерапия, иммуносупрессивные препараты _____
43. Эмоциональные проблемы _____
44. Психиатрическое лечение _____
45. Прием антидепрессантов _____
46. Алкоголь/наркотики (иногда) _____

ВЫ:

47. В настоящее время лечитесь от какого-либо заболевания _____
48. Чувствуете изменения в состоянии Вашего здоровья за последние 24 часа
(т.е. температура, озноб, кашель или понос) _____
49. Принимаете лекарственные препараты для контроля веса _____
50. Принимаете пищевые добавки _____
51. Часто бываете утомлены или измождены _____
52. Часто страдаете от головной боли _____
53. Курите, курили в прошлом или используете табак в иной форме _____
54. Считаетесь обидчивым/чувствительным человеком _____
55. Часто чувствуете себя несчастным или подавленным _____
56. ЖЕНЩИНА – принимаете противозачаточные таблетки _____
57. ЖЕНЩИНА – беременны _____
58. МУЖЧИНА – заболевания простаты _____

Опишите, какое медицинское лечение Вы получаете в настоящий момент, предстоящие хирургические операции, генетические заболевания, задержки в развитии или другие виды лечения, которые могут повлиять на Ваше стоматологическое лечение (например, инъекции ботокса или коллагена).

Укажите все лекарственные препараты, добавки и витамины, которые Вы принимали в течение последних двух лет.

Лекарственный препарат	Цель приема	Лекарственный препарат	Цель приема
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ОБЯЗАТЕЛЬНО В ДАЛЬНЕЙШЕМ СООБЩАЙТЕ НАМ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ В ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ ИЛИ ЛЮБЫХ ПРЕПАРАТАХ, КОТОРЫЕ ВЫ ПРИНИМАЕТЕ

Подпись пациента _____ Дата _____

Подпись врача _____ Дата _____