

# 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? \_\_\_\_\_

**ОТВЕТЕТЕ «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 пришлифовывание 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 застревают 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 \_\_\_\_\_