

Уважаемый пациент!

На процесс обследования/лечения могут оказать влияние общие заболевания, поэтому просим Вас внимательно заполнить эту анкету.

Мы гарантируем, что сведения указанные Вами в анкете будут использованы только для подбора обследования/лечения с учетом Вашего здоровья и не будут доступны посторонним лицам.

Обращаем Ваше внимание, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии Вашего здоровья!

АНКЕТА (заполняется пациентом)

- Откуда Вы узнали о нас: 1. интернет _____ 5. «сарафанное» радио _____
2. реклама на телевидении _____ 6. здесь лечатся родственники _____
3. реклама на радио _____ 7. от знакомых _____
4. реклама печатная _____ 8. другое _____
9. живу (работаю) рядом _____

Ф.И.О. (полностью)

Последнее посещение
стоматолога _____
Аллергия
(лекарственная/пищевая/другая) _____

Симптомы _____

Чем
купируется _____

Группа крови _____ резус фактор _____

Заболевания:
-сердца (стенокардия, сердцебиение,
отдышка) _____

почек _____

ЖКТ _____

легких (бронх.астма,
туберкулез) _____

АД повышенное _____

АД пониженное _____
диабет _____

беременность _____

кормление грудью _____

бруксизм (ночное скрежетание зубами) _____

синусит, гайморит (заболевание пазух) _____

длительные кровотечения _____

норма _____

Гепатит (когда, какой) _____

ВИЧ _____

травмы головы _____

Принимаемые
лекарства _____

Я искренне ответил(а) на все пункты, хочу
дополнительно сообщить о состоянии своего
здоровья
следующее: _____

Мне известно, что только в случае соблюдения врачебных рекомендаций, а также обязательных профилактических осмотров (1 раз в 6 месяцев) можно рассчитывать на определенный срок результатов лечения, протезирования.

Мне известно, что в случае приема лекарственных препаратов **необходимо сообщить** об этом врачу **ДО начала лечения/протезирования**.

«.....» 20..... г.

Подпись пациента/представителя _____

8 7 6 5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1 / 1 2 3 4 5 6 7 8

Рекомендации: _____

Протокол согласования договорной цены/Акт выполненных работ А/К № ../.....20.... г.

Код	Наименование	Цена	Кол-во	Стоимость		Код	Наименование	Цена	Кол-во	Стоимость
	ИПП									
	Rg									
	ИТОГО:	****	****	V			ИТОГО:	****	****	V

Я осведомлен (а), что данный протокол согласования стоимости лечения является предварительным и по окончании лечения может быть произведен согласно прейскуранту перерасчет, который подлежит оплате.

Ф.И.О. врача (_____).

подпись _____

Ф.И.О. пациента (_____).

подпись _____