



современная стоматология

пр. Энгельса, д. 150, корп. 1

www.zub-stoma.ru

(812) 49-49-100

Анкета пациента № \_\_\_\_\_

Ф.И.О. (полностью) \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Пожалуйста, ответьте на все вопросы. Эта информация поможет врачу предложить оптимальные для Вас варианты лечения.

Если Вам непонятен какой-либо пункт, уточните у врача на приеме.

- 1. С какой периодичностью Вы посещаете врача-стоматолога**
  - a) Один раз в 6 месяцев
  - b) Один раз в год
  - c) Чаше
  - d) Реже
- 2. Чаше всего Вы обращаетесь к врачу:**
  - a) С целью решения конкретной проблемы
  - b) С острой болью
  - c) С целью выполнить все рекомендации врача
  - d) С целью проведения профилактических мероприятий
- 3. С какой периодичностью Вы проводите профессиональную гигиену ( чистку зубов) у врача-стоматолога**
  - a) Один раз в 6 месяцев
  - b) Один раз в год
  - c) Чаше
  - d) Реже
- 4. Подбирал ли врач-стоматолог индивидуально для Вас средства гигиены полости рта?**
  - a) Да
  - b) Нет
  - c) Больше года назад
  - d) Меньше года назад
- 5. Какими средствами гигиены полости рта Вы пользуетесь в настоящее время?**
  - a) Зубная паста
  - b) Зубная щетка
  - c) ОралБиокомплекс
  - d) Зубная нить
- 6. Как Вы оцениваете свой стоматологический статус?**
  - a) Отлично
  - b) Хорошо
  - c) Удовлетворительно
  - d) Плохо
- 7. С какой периодичностью Вы лечите зубы?**
  - a) Один раз в 6 месяцев
  - b) Один раз в год
  - c) Один раз в два года
  - d) Чаше
  - e) Реже

- 8. Возникали ли у Вас какие-либо осложнения при посещении и лечении у врача-стоматолога ( кровотечение, потеря сознания, аллергические реакции и т.д.)**
- a) Да
  - b) Нет
- 9. Рекомендовал ли Вам врач регулярное наблюдение за вашими зубами?**
- a) Один раз в 6 месяцев
  - b) Один раз в год
  - c) Чаше
  - d) Реже
  - e) Не рекомендовал
- 10. Говорил ли Вам врач о необходимости полировки пломб один раз в 6 месяцев для их качественной и долгой службы?**
- a) Да
  - b) Нет
  - c) Не помню
- 11. Отмечаете ли кровоточивость десен?**
- a) При чистке зубов
  - b) При еде
  - c) Регулярно
  - d) Не регулярно
  - e) Не бывает никогда
- 12. Беспокоит ли Вас неприятный привкус (запах) в полости рта?**
- a) Иногда
  - b) Постоянно
  - c) Не беспокоит
  - d) При чистке межзубных промежутков
- 13. Проводилось ли Вам когда-либо лечение десен у врача-пародонтолога?**
- a) Да
  - b) Нет
  - c) Давно
  - d) Только консультация
  - e) Я нахожусь у него под наблюдением
- 14. Есть ли у Вас в полости рта отсутствующие зубы?**
- a) Да
  - b) Нет
- 15. Проводилось ли Вам когда-либо лечение у врача-ортопеда (протезирование зубов)?**
- a) Да
  - b) Нет
  - c) Давно
  - d) Только консультация
  - e) Я нахожусь у него под наблюдением
- 16. Возникают ли у вас звуки ( щелчки) в области сустава при движении нижней челюсти?**
- a) Да
  - b) Нет
  - c) Затрудняюсь ответить
- 17. Знаете ли Вы что заболевания височно-нижнечелюстного сустава часто сопровождаются головными болями?**
- a) Да
  - b) Нет

**18. Проводилось ли Вам когда-либо лечение у врача-ортодонта (исправление прикуса)?**

- a) Да
- b) Нет
- c) Давно
- d) Только консультация
- e) Я нахожусь у него под наблюдением

**19. Есть ли у Вас привычка стискивать зубы во время нервного напряжения?**

- a) Да
- b) Нет
- c) Затрудняюсь ответить

**20. Жуете ли Вы преимущественно на одной стороне?**

- a) Да
- b) Нет
- c) Затрудняюсь ответить

**21. Отметьте, пожалуйста, цифрами, по степени важности, приоритеты при посещении врача-стоматолога**

- Отсутствие страха
  - Сохранение зубов без обработки бормашиной
  - Удобство
  - Эстетика
  - Максимально быстрые сроки лечения
  - Оптимальное соотношение цены и качества
  - Возможность выбрать самому оптимальный вариант лечения
  - Свой вариант \_\_\_\_\_
-

Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением врача?	НЕТ	ДА	- какого и по какой причине?
Принимаете ли Вы в настоящее время какие-нибудь лекарства?	НЕТ	ДА	- перечислите названия лекарств:
находитесь или находились раньше в состояниях, указанных ниже:			если «ДА», то дайте краткое описание – начало и состояние в настоящее время
Ревматизм, ревматические поражения сердца, шумы сердца, врождённые пороки сердца, кардиостимулятор?	НЕТ	ДА	
Инфаркт миокарда, стенокардия, операции на сердце, нарушение ритма сердца?	НЕТ	ДА	
Желудочно-кишечные заболевания?	НЕТ	ДА	
Повышенное/ пониженное артериальное давление, повышенная кровоточивость, анемия?	НЕТ	ДА	
Проблемы с дыханием, астма, туберкулёз?	НЕТ	ДА	
Аллергические реакции?	НЕТ	ДА	
Рак, радиологическое лечение или химиотерапия?	НЕТ	ДА	
Сахарный диабет?	НЕТ	ДА	
Гепатит (желтуха), заболевания печени?	НЕТ	ДА	
Заболевания почек, гемодиализ?	НЕТ	ДА	
Заболевания щитовидной железы и других эндокринных органов?	НЕТ	ДА	
Параличи, парезы, конвульсии, потери сознания, обмороки?	НЕТ	ДА	
Гемофилия, нарушение свертывания крови, заболевания крови?	НЕТ	ДА	
Хирургические операции и переливания крови?	НЕТ	ДА	
Артрит, искусственные суставы (бедро, колено)?	НЕТ	ДА	
Травмы головы или шеи, автомобильные аварии?	НЕТ	ДА	
Лечение височно-нижнечелюстного сустава?	НЕТ	ДА	
Для женщин: беременны ли Вы?	НЕТ	ДА	
Принимали ли сегодня алкоголь?	НЕТ	ДА	

**СОГЛАСИЕ**  
**пациента (законного представителя) на обработку персональных данных**

Имя пациента (Ф.И.О.): \_\_\_\_\_  
Дата рождения: \_\_\_\_\_  
Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_  
Реквизиты документа: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
Кем выдан: \_\_\_\_\_  
Код подразделения \_\_\_\_\_ Дата выдачи: \_\_\_\_\_  
Место регистрации: \_\_\_\_\_

**Настоящим даю согласие на обработку моих вышеуказанных персональных данных Оператору - ООО «Парадиз+» (194358, РФ, г. Санкт-Петербург, пр. Энгельса, д. 150 корп.1 лит. А пом.32-Н) включающих:** фамилию, имя, отчество, дату рождения, паспортные данные, адрес проживания, контактный телефон, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью.

**В целях** установления медицинского диагноза, осуществления медицинского (амбулаторного и/или стационарного) лечебно-диагностического процесса, учета предоставленной информации в базах данных; проведения статистических исследований, а также исследований, направленных на улучшение качества продукции и услуг; проведения маркетинговых программ, в том числе, для продвижения товаров, работ, услуг; информирования меня о новых товарах и услугах Операторов с помощью различных средств связи, а именно: интернет; почтовая рассылка; электронная почта; телефон (включая мобильный); SMS-/MMS-сообщения, сообщения посредством использования информационно-коммуникационных сервисов, таких как Viber/Whatsup и прочие.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, анализ, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление и/или изменение), использование, распространение (передачу), блокировку, уничтожение.

В процессе оказания Оператором мне медицинских услуг я предоставляю право на обработку и использование моих персональных данных лечащим врачом и/или иным немедицинским персоналом в целях контроля и улучшения качества моего лечения.

При необходимости мои персональные данные могут быть переданы Оператором в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации и его территориальные подразделения, Фонд обязательного медицинского страхования Российской Федерации и его территориальные подразделения, Фонда социального страхования Российской Федерации и его территориальные подразделения, Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения и его территориальные подразделения, Управление федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и его территориальные подразделения, а также уполномоченным страховым компаниям в рамках исполнения договорных и иных обязательств ООО "Парадиз+" по оказанию медицинских услуг с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну. При необходимости, эти данные могут быть представлены в суд, в случае возникновения любых споров, связанных с оказанием медицинских услуг ООО "Парадиз+».

Настоящее согласие на обработку персональных данных действует до момента его отзыва в соответствии со ст. 9 ФЗ от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» посредством направления соответствующего письменного заявления по почтовому адресу ООО «Парадиз+» (194358, РФ, г. Санкт-Петербург, пр. Энгельса, д. 150 корп.1 лит. А пом.32-Н). Заявление должно содержать ФИО, телефон и E-mail заявителя, а также дату составления заявления и собственноручную подпись заявителя. Заявление может быть также направлено в электронной форме посредством заполнения специальной формы «Обратная связь» на сайте [www.zub-stoma.ru](http://www.zub-stoma.ru) (сайт Оператора).

Подпись пациента (законного представителя)

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
\_\_\_\_\_ фамилия, инициалы

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.