Др. Чакерт и коллеги
Ул. Гётештрассе, 23, 60313 Франкфурт на Майне
Тел.: 069 - 28 30 30, Факс: 069 - 28 30 60

РЕГИСТРАЦИОННЫЙ БЛАНК - АНКЕТА

Уважаемый пациент!
Мы рады, что Вы доверяете нам здоровье своих зубов. В интересах Вашего лечения просим полностью заполнить данную анкету; в случае возникновения вопросов мы с радостью поможем Вам. Разумеется, все данные анкеты являются конфиденциальными и будут сохранены как врачебная тайна.

Фамилия: Имя: урожд.:
Статус: урожд.:
Улица: Индекс / населенный пункт:
Профессия: Работодатель:
Тел. личн.: Тел. моб.: Тел. раб.:

Медицинское страхование: _____

Имеете ли Вы частную страховку?	Да____	Нет____
Являетесь ли Вы участником добровольного государственного медицинского страхования?	Да____	Нет____
Являетесь ли Вы участником обязательного государственного медицинского страхования?	Да____	Нет____
Имеете ли Вы право на субсидию?	Да____	Нет____
Имеете ли Вы дополнительное медицинское страхование?	Да____	Нет____

Что привело Вас в нашу клинику? _____

Когда Вы в последний раз лечили зубы? _____
Когда Вы в последний раз проходили рентгенологическое исследование зубов? _____
Довольны ли Вы внешним видом и положением своих зубов? _____
По чьей рекомендации Вы пришли к нам?_____

Хотите ли Вы получить особую консультацию по: (отметить крестиком)

Удаление амальгамы
Высококачественные золотые вкладки
Керамические вкладки в цвет зубов
Лечение височно-нижнечелюстного сустава (шинная терапия)
высококачественный зубной протез
Лечение пародонта
Имплантаты (искусственные корни зуба)
Лечение под общим наркозом
Возможности улучшения эстетики Ваших зубов
керамические облицовочные пластинки (виниры)
щадящее осветление зубов (отбеливание)
Профессиональная чистка зубов / профилактическая программа для взрослых, детей и особенно для беременных
Лечение кариеса и пародонтоза (техника пломбирования, вспомогательные средства, анализ слюны, консультация по питанию)

Прочее

Для того чтобы мы смогли подобрать подходящие для Вашего лечения медикаменты и материалы и во избежание рисков и осложнений, просим Вас ответить на следующие вопросы в отношении Вашей специальной и общей истории болезни (анамнез)

Есть ли у Вас сейчас или были раньше следующие заболевания/состояния?	**Да**	**Нет**	**При необходимости впишите**
Аллергии (какие)			
Эпилепсия			
Болезни дыхательных путей астма, недостаток			
Проблемы со свертываемостью крови			
Диабет (какого типа)			
Глаукома (повышенное глазное давление)			
Сердечно-сосудистые заболевания Коронарная недостаточность Инфаркт миокарда Нарушения сердечного ритма Порок / замена клапанов сердца Повышенное или пониженное артериальное давление			
Инфекционные заболевания Гепатит ВИЧ / Спид Туберкулез			
Заболевания печени			
Заболевания желудочно-кишечного тракта			
Заболевания почек			
Заболевания щитовидной железы			
Предыдущие операции (в области рта и лица)			
Другие заболевания			
Имеется ли беременность?			
Принимаете ли Вы медикаменты?			

Проходите ли Вы курс лечения? Фамилия, адрес, телефон лечащего врача:

_____

Страдаете ли Вы кровоточивостью / воспалением десен? Да_____ Нет____
Хрустит ли Ваш височно-нижнечелюстной сустав во время жевания или зевания? Да_____ Нет____
Скрипите ли Вы ночью зубами? Да_____ Нет____
Часты ли у Вас головные боли или боли в затылке? Да_____ Нет____
Ощущаете ли Вы иногда металлический привкус? Да_____ Нет____
Имеете ли Вы кардиостимулятор? Да_____ Нет____
Испытываете ли Вы страх перед лечением? Да_____ Нет____
Нуждаетесь ли Вы в местном обезболивании? Да_____ Нет____

Внести ли Вас в нашу систему напоминаний о визитах? Да_____ Нет_____
(В этом случае Вы автоматически получите напоминание от нас о Вашем следующем визите или времени профилактического осмотра)

Дата: Подпись: