

Стоматологическая анкета - Anamnesebogen Zahnmedizin

Личные данные / Persönliche Angaben

Имя и фамилия: _____ Дата рождения: _____

Семейный врач / специалист: _____ Пол: ☐ м ☐ ж ☐ другое

Есть ли установленная степень потребности в уходе ____ или законная опека ☐? Контактное лицо:

Для женщин: беременность ☐ Да ☐ Нет

Общее состояние здоровья / Allgemeine Gesundheit

	Нет	Да	Пояснения
Клапан сердца ☐ / кардиостимулятор ☐	☐	☐	Körperimplantate
Сердечно-сосудистые заболевания, повышенное давление	☐	☐	Herz-Kreislauf-erkrankungen
Нарушения свертываемости крови / препараты для разжижения крови	☐	☐	Gerinnungsstörungen
Диабет	☐	☐	Diabetes
Заболевания щитовидной железы	☐	☐	Schilddrüsenerkrankungen
Заболевания легких / дыхательных путей	☐	☐	Atemwegserkrankungen
Заболевания почек ☐ или печени ☐	☐	☐	Nieren- oder Lebererkrankungen
Остеопороз ☐ / артроз ☐	☐	☐	Osteoporose / Arthrose
Ревматизм ☐ / аутоиммунные заболевания ☐	☐	☐	Autoimmunerkrankungen
Неврологические заболевания	☐	☐	Neurologische Erkrankungen
Аллергии (лекарства, латекс, металлы и др.)	☐	☐	Allergien
Инфекционные заболевания (гепатит, ВИЧ и др.)	☐	☐	Infektionskrankheiten
Онкологические заболевания / химиотерапия / лучевая терапия	☐	☐	Tumorerkrankungen
Апноэ сна / синдром обструктивного апноэ сна	☐	☐	Schlafapnoe
Психические заболевания (депрессия ☐ , тревожность ☐)	☐	☐	Psychische Erkrankungen
Другие заболевания / Weitere Erkrankungen:			

Принимаемые лекарства / Medikamente

Пожалуйста, укажите все препараты, которые Вы принимаете регулярно (включая препараты для разжижения крови, бисфосфонаты, антирезорбтивные препараты): ☐ см. список лекарств

Пожалуйста, переверните лист!

Стоматологический анамнез / Zahnmedizinische Anamnese

Когда Вы получили последний зубной протез? _____ лет назад (Letzter Zahnersatz)

Если у Вас есть стоматологические имплантаты, пожалуйста, подготовьте паспорт имплантатов.

Регулярное употребление никотина ☐, алкоголя ☐, наркотических веществ ☐

Количество: _____ / день ☐ Нет

Случались ли у Вас когда-либо серьезные медицинские неотложные состояния (например, остановка сердца или дыхания, эпилептический приступ, обморок, анафилактический шок) во время или после стоматологического лечения?

☐ Нет ☐ Да, _____

Влияние на здоровье полости рта / Mundgesundheits (OHIP-5)

Были ли у Вас за последние **7 дней** из-за проблем с зубами, полостью рта, челюстью или зубным протезом ...

	Никогда	Редко	Иногда	Часто	Очень часто
трудности при пережевывании пищи?	☐	☐	☐	☐	☐
ощущение, что пища стала менее вкусной?	☐	☐	☐	☐	☐
<u>боли в области рта?</u>	☐	☐	☐	☐	☐
дискомфорт из-за внешнего вида зубов или зубного протеза?	☐	☐	☐	☐	☐
сложно выполнять повседневные дела?	☐	☐	☐	☐	☐

Функциональные нарушения ВНЧС / Funktionsstörungen (3Q/TMD)

Испытываете ли Вы один раз в неделю или чаще боль в висках, лице, челюсти или челюстных суставах?

Нет Да

☐ ☐

Испытываете ли Вы один раз в неделю или чаще боль при открывании рта или жевании?

☐ ☐

Блокируется ли Ваша челюсть один раз в неделю или чаще, либо заклинивает?

☐ ☐

Причина обращения / Дополнительные замечания / Grund des Aufsuchens

Место, дата

Подпись пациента / уполномоченного лица