

Ответьте, пожалуйста, на нижеприведенные вопросы. Это важно для планирования лечения.  
Ваши ответы сохраняются конфиденциально.

Фамилия, Имя (латинскими буквами).....

Дата рождения (Henkilötunnus)..... Телефон.....

Адрес.....

Ваш e-mail..... Специальность.....

	Да	Нет	Не знаю
1. Употребляете ли Вы регулярно лекарства..... Какие?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. У Вас есть аллергии к лекарствам или другим веществам?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Были ли у Вас осложнения с местным обезболиванием?..... Какие?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Вы получали лучевую терапию?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Вы беременны?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Имеется ли у Вас что-либо из ниже перечисленного?			
• Сердечно-сосудистое заболевание.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Кардиостимулятор.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Повышенное кровяное давление.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Анемия или другие заболевание крови.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Предрасположенность к кровотечению.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Диабет.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Астма.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Легочное заболевание.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Заболевания щитовидной железы.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ревматизм.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Гепатит, СПИД.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Эпилепсия.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Психическое заболевание.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Другое заболевание, какое?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. У Вас есть искусственный сустав или сердечный клапан?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Когда в последний раз Вы лечились у зубного врача?.....			
9. Причина нынешнего визита к врачу-стоматологу?.....			

**Важно:**

- В стоматологической клинике Stardent Oy оплата за предоставленные услуги производится банковскими и кредитными картами, а также за наличный расчет. Мы не даем банковских переводов.
- В случае неявки пациента в назначенное время или отмены забронированного времени менее чем за сутки до посещения, с пациента взимается плата из расчета 35 евро за 30 минут забронированного времени.

\_\_\_\_\_ дата

\_\_\_\_\_ подпись