

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

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

Henkilötunnus..... Телефон.....

Адрес.....

Ваш e-mail..... Вы пенсионер? (Да/Нет).....

	Да	Нет	Не знаю
Употребляете ли вы <u>регулярно</u> лекарства? Если да, то какие?			
У вас есть аллергии на лекарства или на др. вещества?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Были ли у вас осложнения с местным обезболиванием?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Вы беременны?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Имеется ли у вас что-либо из нижеперечисленного? <ul style="list-style-type: none"> • Сердечно-сосудистое заболевание..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> • Повышенное кровяное давление..... <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"/> • Заболевание 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"/> • Другое заболевание, какое?..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 			
У вас есть искусственный сустав или сердечный клапан?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Причина нынешнего визита к стоматологу?.....			

Важно!

В стоматологической клинике Stardent Oy оплата за предоставленные услуги производится банковскими и кредитными картами, а также за наличный расчет. Мы не выписываем 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 40 евро за 30 минут забронированного времени.

_____ Дата

_____ Подпись