

PATSIENDI KÜSIMUSTIK

Анкета состояния здоровья

Eesnimi: Имя:	Perekonnanimi: Фамилия:
Isikukood: Личный код:	Suhtluskeel: Язык общения:
Telefoni number: Номер телефона:	E-post: Эл. почта:
Visiidile pöördumise põhjus: Причина визита:	

Palun valige vastus ning vajadusel täpsustage:

Пожалуйста, выберите правильный ответ и при необходимости уточните:

Kas Teid suunati visiidile? (Suunava arsti nimi) JAH / EI _____

Были ли Вы направлены на прием? (Имя направляющего врача) ДА / НЕТ _____

Kas Teil on esinenud peapiirkonna/hammaste traumasid? JAH / EI _____

Были ли у вас травмы головы/зубов? ДА / НЕТ _____

Kas olete eelnevalt käinud ortodondi konsultatsioonil või Teile on teostatud ortodontilist ravi?

(Breketid, hambaklambrid vms) JAH / EI _____

Были ли Вы на консультации у ортодонта или у Вас уже было ортодонтическое лечение? (Брекеты, скобы)

ДА / НЕТ _____

Kas põete või olete põdenud järgnevaid haigusi? Kas Teile on teostatud järgnevaid protseduure?

Больны ли Вы или перенесли следующие заболевания? Проводились ли Вам следующие процедуры?

	JAH ДА	EI НЕТ		JAH ДА	EI НЕТ
Nakkushaigused (HIV, hepatiit, tuberkuloos) Инфекционные заболевания (ВИЧ, гепатит, туберкулез)			Kiiritus- ja/või keemiaravi Лучевая и/или химиотерапия		
Kõrgenenud vererõhk Повышенное давление крови			Operatsioonid üldnarkoosis (kui jah, siis palun täpsustage) Операции под общим наркозом		
Vere hüübimist mõjutavad haigused Болезни, влияющие на свёртываемость крови			Sagedased pea- või kaelavalud Частая боль в голове/шее		
Suhkrutõbi Сахарный диабет			Närvipõletikud Невриты		
Südame-veresoonkonna haigused (kui jah, siis palun täpsustage) Сердечно-сосудистые заболевания (например, инсульт или инфаркт)			Osteoporoos ehk luude hõrenemine Остеопороз или хрупкость костей		
Kilpnäärme haigused Заболевания щитовидной железы			Liigeste haigused Заболевания суставов		
Neeruhaigused Заболевания почек			Unehäired Нарушения сна		
Epilepsia Эпилепсия			Autoimmuunhaigused Аутоиммунные заболевания		
Astma Астма			Hingamisprobleemid Проблемы с дыханием		
Psüühika- ja käitumishäired Психические расстройства			Toitumishäired Нарушения питания		
Nina-, kõrva-, -kurguhaigused Заболевания уха-горла-носа			Kas olete hetkel rase? Вы сейчас беременны?		
Refluks Рефлюкс					
Muud haigused, seisundid: Другие заболевания, состояния:					

Täpsustused:
Уточнения:

Kas teil on endoprotees ehk tehisliiges? (Milline liiges ja millal on paigaldatud?) JAH / EI _____
Есть ли у Вас эндопротез или искусственный сустав? (Какой сустав и когда был замещен?) ДА / НЕТ _____

Kas Teil on esinenud ülitundlikkust (allergiat) ravimitele, metallidele, lateksile, kloorile, toiduainetele või muudele ainetele? JAH / EI _____
Есть ли у Вас чувствительность (аллергия) на медикаментозные препараты, металл, латекс, хлор, продукты питания или на другое? ДА / НЕТ _____

Kas tarvitate regulaarselt ravimeid? (Ravimi nimi, kasutamise põhjus) JAH / EI _____
Принимаете ли Вы регулярно лекарства? (Название лекарства, причина употребления) ДА / НЕТ _____

Kas Te suitsetate, kasutate e-sigaretti, huuletubakat? (Kui jah, siis palun täpsutage ning märkige kasutussagedus) JAH / EI _____
Вы курите, употребляете электронные сигареты, нюхаете табак? (Если да, укажите частоту использования) ДА / НЕТ _____

Kas Teil esineb kergelt tekkivat okserefleksi? JAH / EI _____
У вас бывают рвотные рефлекс? ДА / НЕТ _____

Kas Te krigistate hambaid? JAH / EI _____
Скрипите ли Вы зубами? ДА / НЕТ _____

Kas Te norskate? JAH / EI _____
Храпите ли Вы? ДА / НЕТ _____

Käesolevaga kinnitan andmete õigsust. Mõistan ning vastutan selle eest, et valeinformatsiooni andmine võib olla ohtlik minu tervisele. Minu kohustus on informeerida kliinikut/arsti, kui minu tervislikus seisundis midagi muutub.

Настоящим подтверждаю достоверность данных. Понимаю и несу ответственность, что предоставление неправильной информации может быть опасно моему здоровью. Моя обязанность информировать клинику/врача об изменении состояния моего здоровья.

Kuupäev/ Число:

Patsiendi nimi ja allkiri/ Имя пациента и подпись: