

Last name _____ First name _____ SS # _____
 Address _____
 City _____ State _____ Zip _____
 Home Tel. no. _____
 WORK TEL. NO. _____
 Cell Tel. No. _____

Referred (to or) by Dr. _____ Patient number _____
 Recommended by _____ Date _____
 Address _____

I understand that honest answers to the questions stated below are important to the provision of my dental care, and that I will answer them to the best of my ability. I have been informed that if I am uncertain about the question relates to my health status I must discuss the problem with the doctor or a member of the office staff. I understand that all questions must be answered. I have been assured that the information I provide will not be released without my express permission.

GENERAL HEALTH HISTORY

Last physical examination _____ Weight _____ Birth date _____ Are you under the care of a physician now _____ Name _____ Telephone no. _____
 дата последнего обследования врачом вес дата рождения находится ли Вы сейчас под наблюдением врача имя врача номер телефона врача

For what reason _____ Are you receiving medication now _____ What _____
 по какой причине принимаете ли Вы какие-нибудь лекарства какие именно

Do you have excessive bleeding from a cut _____ Do you or have you had: Anemia Diabetes Arthritis Abnormal heart condition TMJ problems
 страдаете ли Вы повышенным кровотечением при порезах есть ли или было ли у Вас малокровие диабет артрит порок сердца

Rheumatic fever Ulcer Hepatitis HIV Abnormal blood pressure Tuberculosis Radiation treatment
 ревматизм язва желудка гепатит СПИД повышенное давление туберкулез радиотерапия

Sinusitis Allergies to food To novocaine To antibiotics Other
 синусит аллергия на еду на новокаин на антибиотики другие заболевания

Are you taken birth control pills _____

CHILDHOOD

School _____ Grade _____ Tonsils _____ Adenoids _____ Diseases: Measels _____ Chickenpox _____ Scarlet fever _____
 школа класс тонзиллит аденоиды корь ветряная оспа скарлатина

Whooping cough _____ Mumps _____ Other _____ Habits: thumb or finger sucking _____
 коклюш свинка другие заболевания привычка сосать пальцы

DENTAL HISTORY

Are you having any discomfort at this time _____ How long since you have been to the dentist _____ What was done then _____ Did you make regular visits to
 испытываете ли Вы зубную боль в настоящий момент когда Вы последний раз были у стоматолога что было сделано постоянно ли Вы посещали

the dentist before _____ Have you lost any teeth _____ Why _____ Any complications with the extractions _____ Have they ever been replaced by:
 стоматолога раньше потеряли ли Вы зубы по какой причине были ли осложнения при удалении зубов были ли они заменены им:

(1) A fixed bridge _____ (2) Removable partial _____ (3) Denture _____ Are your teeth sensitive to heat _____ To cold _____ To sweets _____ To acids _____ How often do you brush
 мост частичный протез полный съемный протез чувствительны ли Ваши зубы к холоду сладкому кислому как часто вы чистите:

your teeth _____ Do you use dental floss _____ Mouth wash _____ Have you ever had periodontal treatment _____ When _____ Do you have offensive breath _____
 используете ли Вы зубную нить ополаскиватель для рта лечились ли Вы от пародонтита когда имеете ли Вы неприятное дыхание

I understand that should there be a change in my health during my dental treatment, I am to inform the dentist at the earliest possible time.

Signature of guardian if minor _____ Signature _____

Date _____

Reviewed and discussed with the patient by Dr. Zhukovsky.