



PATIENT INFORMATION

Date / Дата _____

First Name / Имя _____ Last Name / Фамилия _____

Address / Адрес _____

City / Город _____ State / Штат _____ Zip Code / Индекс _____

Home Ph.# / Дом. Телефон _____ Fax # / Но. Факса _____

Work Ph. # / Раб. Телефон _____ E-mail _____

Cel. Ph. # / Моб. Телефон _____

Sex / Пол: Male Female Social Security Number _____

Marital Status / Семейное положение: Single Married Divorced Widowed

Date of Birth / День Рождения (месяц/день/год) _____ / _____ / _____

Occupation / Профессия _____

Referred by / Кто порекомендовал обратиться в наш офис? _____

Do you have Dental Insurance? / Имеете ли Вы стоматологическую страховку? Yes No

What kind of Dental Insurance? / Какую стоматологическую страховку? _____

MEDICAL INFORMATION

MEDICAL HISTORY / ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ:

- Arthritis / Артрит
- Asthma / Бронх. Астма
- Cancer / Злокачест. Опухоли
- Diabetes / Диабет
- Epilepsy / Эпилепсия
- Heart Murmur / Шум в Сердце
- Heart Problem / Заболевания Сердца
- Hepatitis / Гепатит
- High Blood Pressure / Высокое Давление
- HIV Positive / СПИД
- Kidney Problems / Болезни Почек
- Rheumatic Fever / Ревматизм
- Stroke / Инсульт
- Herpes / Герпес
- Other / Другие Заболевания _____

Are you allergic to? / У Вас есть аллергия на:

- Aspirin / Аспирин
- Antibiotics / Антибиотики _____
- Lidocaine / Лидокаин
- Sulfa / Сульфа Препараты
- Other / Другие _____

Are you currently under the care of physician / Находитесь ли Вы под наблюдением терапевта?

- Yes / Да No / Нет
- Doctor's Name / Имя Доктора _____
- Doctor's Tel. / Телефон Доктора _____

List medications you are currently taking / Какие лекарства Вы сейчас принимаете?

- Coumadin / Кумадин
- Aspirin / Аспирин
- Other / Другие _____

FEMALE PATIENTS / ДЛЯ ЖЕНЩИН:

Are you pregnant / Вы беременны?

- Yes / Да No / Нет
- If Yes, due date / Если Да, срок _____

DENTAL HISTORY (optional)

What is the reason for today's visit? / Цель Вашего визита сегодня? _____

Do you have any question or concerns we can help you with today? / Вопросы на которые Вы бы хотели получить ответ сегодня _____

Do you *love* your smile? / Нравится ли Вам Ваша улыбка? _____

Is there anything you would like to change? / Хотели бы Вы что-нибудь изменить в улыбке? _____

Why did you leave your last dentist? / Почему Вы ушли от предыдущего дантиста? _____

What did you like *most* about your last dentist? / Что Вам больше всего нравилось у предыдущего дантиста? _____

What did you like *least* about your last dentist? / Что Вам меньше всего нравилось у предыдущего дантиста? _____

AUTHORIZATION

I authorize and give consent to perform dental services agreed between doctor and patient and/or parent or guardian to be necessary or advisable including the use of local anesthesia and other medication as indicated. I certify to the above statements regarding my medical condition. I understand that I am financially responsible for all charges not paid by insurance.

Я даю согласие на проведение лечения зубов и полости рта, которое необходимо или желательно, о котором существует соглашение между доктором и пациентом и/или родителем или опекуном, включая местную анестезию и лекарственные средства. Я несу ответственность за оплату всего произведённого лечения не оплаченного моей страховкой.

Patient's Signature / Подпись _____ Date / Дата _____

UPDATE MEDICAL AND PATIENT INFORMATION

Has been any changes in your Medical History, Address, Employment and Insurance / Произошли какие либо изменения в Вашем здоровье, адресе, месте работы и страховке? Yes / Да No / Нет

If Yes, please explain / Если Да, объясните: _____

Patient's Signature / Подпись _____ Date / Дата _____

Has been any changes in your Medical History, Address, Employment and Insurance / Произошли какие либо изменения в Вашем здоровье, адресе, месте работы и страховке? Yes / Да No / Нет

If Yes, please explain / Если Да, объясните: _____

Patient's Signature / Подпись _____ Date / Дата _____

Has been any changes in your Medical History, Address, Employment and Insurance / Произошли какие либо изменения в Вашем здоровье, адресе, месте работы и страховке? Yes / Да No / Нет

If Yes, please explain / Если Да, объясните: _____

Patient's Signature / Подпись _____ Date / Дата _____