

АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

Дорогие родители! Просим Вас уделить немного времени заполнению этой Анкеты. Предоставленная Вами информация крайне важна для грамотного и безопасного стоматологического лечения Вашего ребенка с благоприятным прогнозом.

Фамилия, имя, отчество ребенка _____

Дата рождения ребенка _____

1. Есть ли у ребенка в настоящее время или были в прошлом данные заболевания/состояния:

- Нарушения минерального обмена (в том числе рахит)
- Заболевания желудочно-кишечного тракта
- Заболевания сердца
- Заболевания почек
- Заболевания органов эндокринной системы
- Болезни органов дыхания
- Заболевания нервной системы
- Заболевания крови

2. Какие травмы / операции / госпитализации перенес ребенок?

3. Принимает ли Ваш ребенок в настоящее время какие-либо лекарственные препараты? ДА НЕТ
если да, какие: _____

4. Бывают ли у ребенка аллергические реакции? ДА НЕТ
если да, то:

- на что бывает аллергия? _____
- как она проявляется? (покраснение, сыпь, зуд, отек, слезотечение, анафилактический шок, иначе)

• дата последней аллергической реакции: _____

5. Были ли у ребенка спонтанные носовые кровотечения? ДА НЕТ

6. Есть ли у ребенка бледность/цианоз носогубного треугольника при физической нагрузке или плаче? ДА НЕТ

7. Есть ли у ребенка страх врачей, клиник, незнакомых людей? ДА НЕТ

8. Есть ли особенности развития и поведения, о которых нам важно знать ДА НЕТ
если да, какие: _____

9. Какой у вашего ребенка любимый мультфильм/герой?

10. Дополнительно о состоянии моего здоровья/здоровья моего ребенка хочу сообщить следующее:

Я, нижеподписавшийся(аяся) _____

(фамилия, имя, отчество пациента/родителя или иного законного представителя)

правильно ответил(а) на все вопросы анкеты и осознаю, что сведения о состоянии моего здоровья/ здоровья моего ребенка необходимо обновлять с периодичностью 1 раз в год.

Дата «___» _____ 20___г.

_____ (подпись)

_____ (расшифровка)