

## АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА



**Ф.И.О пациента:**

**Дата рождения:**

Я, \_\_\_\_\_,  
действующий(-ая) от имени несовершеннолетнего пациента(-ки): \_\_\_\_\_

Просим Вас уделить время для заполнения данной анкеты. Предоставленная информация является крайне важной для обеспечения эффективного и безопасного стоматологического лечения Вашего ребенка.

1. Имеются ли у ребенка в настоящее время или были в прошлом заболевания:

- Заболевания крови
- Заболевания желудочно-кишечного тракта
- Заболевания сердца
- Заболевания почек
- Заболевания нервной Системы
- Болезни органов дыхания
- Заболевания эндокринной системы

2. Какие травмы / операционные вмешательства / госпитализации перенес ребенок? Указать ниже:

\_\_\_\_\_

3. Имеются ли у ребенка аллергические реакции? Да / Нет (подчеркнуть)

Если да, то:

- На что бывает аллергия: \_\_\_\_\_
- Как проявляется: \_\_\_\_\_
- Последняя аллергическая реакция была: \_\_\_\_\_

4. Принимает ли Ваш ребенок в настоящее время какие-либо лекарственные препараты? Да / Нет

Если да, какие: \_\_\_\_\_

5. Дополнительные сведения о состоянии здоровья Вашего ребенка: \_\_\_\_\_

**Мне известно, что результаты лечения зависят от состояния здоровья ребенка.**

**Я правильно ответил(-а) на все вопросы анкеты о здоровье.**

**Мне известно, что сведения о состоянии здоровья необходимо обновлять не реже 1 раза в год.**

**Данная информация является конфиденциальной и не подлежит разглашению.**

**Ответственность за правдивость информации лежит на анкетиреуемом.**

Дата: \_\_\_\_\_

Подпись законного представителя: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

подпись

ФИО полностью