

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 т.ч. 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?

Если да, какие _____

4. Бывают ли у ребенка аллергические реакции?

☐ Да

На что? _____

Как проявляется (покраснение, сыпь, зуд, отек, слезотечение, анафилактический шок) _____

☐ Нет

5. Есть ли у ребенка страх врачей / незнакомых людей?

☐ Да

☐ Нет

6. Дополнительно о состоянии здоровья своего ребенка хочу сообщить следующее:

Я, _____

(ФИО, дата рождения)

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

Подпись законного представителя _____ Дата _____

Подпись

расшифровка