

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)

• дата последней аллергической реакции: _____

5. Бывают ли у ребёнка синяки/гематомы размером более 2 см без травмы или сильные синяки после незначительной травмы? ДА НЕТ

6. Возникало ли у ребёнка когда-нибудь длительное кровотечение после удаления зуба, требующее медицинской консультации? ДА НЕТ

7. Возникало ли у ребёнка сильное кровотечение во время или после операции? ДА НЕТ

8. Было ли у ребёнка длительные или необычные кровотечения, требующие медицинского лечения? ДА НЕТ

9. Есть ли в Вашей семье родственники с подтверждённым заболеванием свертывающей системы крови (например, гемофилией, болезнью Виллебранда и т.д.)? ДА НЕТ

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

11. Есть ли особенности развития и поведения, о которых нам важно знать ДА НЕТ

если да, какие: _____

12. Что помогает вашему ребенку легче переживать стрессовые ситуации? _____

13. Чего не выносит ваш ребенок? _____

14. Как ребенок относится к врачам, к визитам в клинику, незнакомое место? _____

15. Если был опыт стоматологического осмотра/лечения, как его переносил ребенок? _____

16. Какой у вашего ребенка любимый мультфильм/герой? _____

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

18. Укажите, пожалуйста, Ваш аккаунт Telegram для связи _____

19. Кого мы можем благодарить за рекомендацию нашей клиники?

Имя _____ Телефон _____

Я, нижеподписавшийся(ая) _____
(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 полгода.

Дата «__» _____ 20__ г.

_____ (подпись)

_____ (расшифровка)