

### 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?

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 здоровья моего ребенка хочу сообщить следующее:

\_\_\_\_\_

11. Кого мы можем благодарить за рекомендацию нашей клиники?

Имя \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_.

12. Пожалуйста, укажите Ваш адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество полностью, 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

С данными анкеты ознакомлен \_\_\_\_\_ Номер медицинской карты \_\_\_\_\_

подпись врача