

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 _____

Вес ребенка _____ Рост 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, незнакомых людей?..... Да Нет

8. Был ли у ребенка негативный опыт посещения медицинских учреждений?..... Да

.....Нет

9. Боится ли ребенок громких звуков (например, от работы пылесоса, фена и тд)..... Да

.....Нет

10. Есть ли особенности развития и поведения, о которых нам важно знать?..... Да Нет

Если да, какие: _____

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

12. Дополнительно о состоянии здоровья моего ребенка хочу сообщить следующее:

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 год.

