

АНКЕТА (заполняется пациентом / законным представителем)

О здоровье своего ребенка сообщая следующее:

Расписался в моем присутствии _____ / _____ (Ф.И.О. врача/ подпись)

Вопросы:	Да	Нет
1. Как ребенок переносит стоматологические вмешательства: Очень хорошо. Хорошо. Удовлетворительно. Не хорошо. Страх. (Правильное подчеркнуть)		
2. Бывают ли у ребенка такие проявления аллергии как: крапивница; местный отек; кашель; заложенность носа; выделения из носа; кожный зуд; покраснения глаз, слезотечение, и др. Если «Да», то с чем, по Вашему мнению, это связано: _____		
3. Были ли у ребенка следующие реакции при введении местных анестетиков и других лекарственных препаратов: головокружение; потеря сознания; одышка; крапивница; аллергические реакции. Если «Да», то, когда это было и на что именно: _____		
4. Ваш ребенок перенес(ла), страдаю(ет) следующими заболеваниями: Заболевания сердца, сосудов _____ - Артериальная гипертензия _____ Если «Да», то какое у Вас обычно, при хорошем самочувствии артериальное давление: _____ - Вегетососудистая дистония по гипотоническому типу, астеновегетативный синдром. Если «Да», то какое у Вас обычно, при хорошем самочувствии АД: _____ Заболевания крови; Нарушение свертываемости крови _____ Заболевания печени и желчевыводящих путей _____ Заболевания почек; надпочечников _____		
5. Заболевание щитовидной железы, сахарный диабет. Если «Да», то какого типа, есть ли осложнения: _____		

6. Заболевания легких, бронхиальная астма _____ - Заболевания кожи _____ - Заболевания желудочно-кишечного тракта _____ - Заболевания костной системы, суставов _____ - Заболевания венерические, ВИЧ _____ - Заболевания ЛОР-органов _____ - Заболевания глаз (глаукома и др.) _____ - Заболевания инфекционного характера _____ - Заболевания онкологические _____ - Туберкулез _____ - Сотрясения, ушибы головного мозга. Если «ДА», то когда перенесены _____ - Травмы или Операции. Если «ДА», то по поводу чего _____ _____ _____		
7. Эпилепсия. Заболевания психической сферы. Заболевания головного мозга: инсульты, опухоли, менингиты, энцефалиты. Заболевания позвоночника, радикулит, остеохондроз. Заболевания нервной системы: невриты, паралич _____		
8. Были ли операции на сердце? Наличие искусственных клапанов и стимуляторов сердечной деятельности.		
9. Принимает ли ребенок в настоящее время, какие-либо лекарственные препараты. Если «Да», указать какие, в какое время суток, когда был последний прием: _____ _____		

Своей подписью я подтверждаю точность и достоверность сведений, предоставленных мною лечащему врачу.

Подпись пациента √ _____ « ____ » _____ 20 ____ г.

Мы благодарим Вас за внимательное заполнение анкеты, Вы тем самым заботитесь о здоровье своего ребенка, и помогаете нам выбрать наиболее подходящий Вам план лечения!