

## Анкета о состоянии здоровья ребенка

### Уважаемые родители!

Просим Вас уделить время для заполнения данной анкеты. Предоставленная информация является крайне важной для обеспечения эффективного и безопасного стоматологического лечения Вашего ребенка.

Я, **Официальный представитель**, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ } года  
рождения, Паспорт серия , № \_\_\_\_\_ Выдан \_\_\_\_\_ года, адрес \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**действующий от имени несовершеннолетнего Пациента** \_\_\_\_\_ года рождения, ФИО \_\_\_\_\_, серия/Свидетельство о рождении , № \_\_\_\_\_ Выдан \_\_\_\_\_ года

1. Имеются ли у ребенка в настоящее время или были в прошлом заболевания:

- Заболевания крови
- Заболевания желудочно-кишечного тракта
- Заболевания сердца
- Заболевания почек
- Заболевания Нервной Системы
- Болезни органов дыхания
- Заболевания эндокринной системы

2. Какие травмы / операционные вмешательства / госпитализации перенес ребенок?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Имеются ли у ребенка аллергические реакции? \_\_\_\_\_ Да / Нет  
Если да, то:

- На что бывает аллергия \_\_\_\_\_
- Как проявляется (сыпь, зуд, отек, покраснение, слезотечение, анафилактический шок и др.) или \_\_\_\_\_
- Последняя аллергическая реакция была \_\_\_\_\_

4. Принимает ли Ваш ребенок в настоящее время какие-либо лекарственные препараты? \_\_\_\_\_ Да/ Нет  
Если да, какие? \_\_\_\_\_

5. Дополнительные сведения о состоянии здоровья Вашего ребенка: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Мне известно, что результаты лечения зависят от состояния здоровья ребенка.

Правильно ответил(а) на все вопросы анкеты о здоровье. Мне известно, что сведения о состоянии здоровья необходимо обновлять не реже 1 раза в год.

Дата \_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_г.  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Подпись

Номер карты

\_\_\_\_\_