

Анкета - анамнез о здоровье ребенка

Уважаемые родители и пациенты клиники «FamilySmile» (ООО Клиника «Голливуд»), мы приветствуем Вас в нашей клинике, и просим заполнить анкету о состоянии здоровья Вашего ребенка, т.к. врачу необходима полная информация для обеспечения успешного и безопасного лечения стоматологических заболеваний.

Сообщаемые Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

Пожалуйста внимательно заполните предлагаемую Вам анкету, отметьте нужные ответы (при затруднении в ответе ставьте «?»), затем верните анкету. Спасибо!

Дата заполнения ____ . ____ . 201__ г.

Ф.И.О. ребенка _____

Пол муж. жен. Дата рождения _____

1. На каком сроке родился ребенок? _____
2. Вес _____, рост _____ при рождении.
3. Были ли какие-либо осложнения при беременности? _____
при родах? _____
4. Болел ли ребенок на первом году жизни? Если «Да», то чем? _____ Нет
5. Проводились ли ребенку плановые профилактические прививки? Да
Нет _____ (по какой причине)
6. Как часто ребенок болеет простудными заболеваниями? (подчеркните) 1 раз в
месяц, 1 раз в 3 месяца, 1 раз в полгода, 1 раз в год, реже 1 раза в год.
7. Состоит ли ребенок под наблюдением у врача по поводу какого-либо
хронического заболевания?
Если «Да», то какого? _____
Нет
8. Страдает ли ребенок болезнями сердца, сосудов?
Если «Да», то какими? _____
Нет
9. Бывают ли у ребенка подъемы артериального давления? До каких цифр? _____
с чем это связано (волнение, физическая нагрузка)? _____
10. Бывают ли у ребенка головокружения, потеря сознания, падение артериального
давления при посещении стоматолога, травме, виде крови, при введении каких-
либо лекарств? _____
11. Бывают ли у ребенка проявления аллергии? Как это проявляется?
на лекарственные препараты (указать какие) _____
на предметы бытовой химии, хлорсодержащие средства _____
на пищевые продукты, на пыльцу растений _____
шерсть животных _____
укажите, в чем проявляются эти аллергические реакции _____
12. Страдает ли ребенок: хроническим бронхитом? Да Нет,
бронхиальной астмой? Да Нет,
13. Страдает ли ребенок сахарным диабетом? Да Нет,
14. Страдает ли ребенок заболеваниями щитовидной железы? Да Нет,

15. Болел ли ребенок вирусным гепатитом (желтухой)? Да Нет,
16. Страдает ли ребенок заболеваниями почек? Да Нет,
хронической почечной недостаточностью? Да Нет,
17. Страдает ли ребенок эпилепсией? Да Нет,
18. Страдает ли ребенок хроническим гайморитом или тонзиллитом? Да Нет,
19. Какие операции и когда под общим или местным обезболиванием ребенок перенес?

20. Были ли у ребенка травмы (особенно в челюстно-лицевой области)?

Да (какие и как давно)

Нет,

21. Бывают ли у ребенка проявления герпетической инфекции (простуды) на губах?
В полости рта? Да Нет,

22. Страдает ли ребенок заболеваниями системы крови, нарушением свертываемости крови? (длительные кровотечения после удаления зуба, хирургических вмешательств, легко образуются кровоподтеки, частые носовые кровотечения)

Да (какие и как давно)

Нет,

23. Замечаете ли Вы у ребенка чрезмерное смыкание зубов во время сна, скрежетание зубами? Да Нет,

24. Есть ли у ребенка какие-либо вредные привычки (подчеркните): сосание пальца, сосание соски, закусывание губ, другие _____? Нет,

25. Когда в последний раз ребенок был у стоматолога? _____

26. Занимается ли ребенок каким-либо активным видом спорта? _____ Если Да, то каким? _____ Нет,

Я искренне ответил на вопросы анкеты, но еще хочу дополнительно сообщить о состоянии здоровья ребенка:

! Мне известно, что я обязательно должен сообщить врачу о том, что ребенок принимает какие-либо лекарства

постоянно _____

или, что он принял таблетку лекарственного вещества непосредственно перед приемом у стоматолога _____

Подпись _____ Расшифровка подписи _____

Подпись врача _____ Расшифровка подписи _____