



АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

Дорогие родители!

Просим уделить немного времени заполнению этой Анкеты. Предоставленная Вами информация крайне важна для грамотного и безопасного лечения Вашего ребенка.

Фамилия Имя Отчество ребенка: _____

Дата рождения ребенка: _____

1. Есть ли у ребенка в настоящее время или были такие заболевания/состояния:

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

2. Какие травмы/операции/госпитализации перенес ребенок?

3. Принимает ли Ваш ребенок в настоящее время какие-либо лекарственные препараты? Да/Нет.

Если да, то какие _____

4. Бывают ли у ребенка аллергические реакции?

Если да, то:

- на что бывает аллергия _____

- как она проявляется (покраснение, сыпь, зуд, отек, слезотечение, анафилактический шок и др.) или

- время последней аллергической реакции: _____

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

6. Имеется ли опыт стоматологического лечения? Да/Нет

Если да, то какой _____

Я, нижеподписавшийся(ая) _____

ФИО родителя/ФИО иного законного представителя (нужное подчеркнуть)

правильно ответил(а) на все вопросы анкеты и осознаю, что сведения о состоянии здоровья ребенка необходимо обновлять с периодичностью 1 раз в 6 месяцев

Дата « ____ » _____ 20__ г.

Подпись

Расшифровка