**АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА**

*Уважаемые родители!* Предоставленная информация является крайне важной для обеспечения эффективного и безопасного стоматологического лечения Вашего ребенка. По каждому пункту анкеты необходимо ответить ДА или НЕТ. Ваши данные составляют врачебную тайну, и не будут доступны посторонним лицам.

Я, официальный представитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

действующий от имени несовершеннолетнего Пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения,

СООБЩАЮ:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Перенесенные и сопутствующие заболевания:** |  |  |
| Заболевания сердца | ДА | НЕТ |
| Инфаркт миокарда | ДА | НЕТ |
| Наличие кардиостимулятора | ДА | НЕТ |
| Заболевания сосудов | ДА | НЕТ |
| Повышение или понижение артериального давления | ДА | НЕТ |
| Заболевания легких | ДА | НЕТ |
| Бронхиальная астма | ДА | НЕТ |
| Заболевания желудочно-кишечного тракта | ДА | НЕТ |
| Заболевания печени | ДА | НЕТ |
| Заболевания почек | ДА | НЕТ |
| Заболевания щитовидной, прощитовидной железы, др. желез | ДА | НЕТ |
| Сахарный диабет | ДА | НЕТ |
| Травмы | ДА | НЕТ |
| Сотрясение головного мозга | ДА | НЕТ |
| Эпилепсия и др. заболевания центральной и периферической нервной системы | ДА | НЕТ |
| Заболевания крови | ДА | НЕТ |
| Нарушение свертываемости крови | ДА | НЕТ |
| Заболевания уха , горла, носа | ДА | НЕТ |
| Глаукома (повышение внутриглазного давления) | ДА | НЕТ |
| Заболевание костной системы, суставов | ДА | НЕТ |
| Заболевания кожи | ДА | НЕТ |
| Нейродермит | ДА | НЕТ |
| Проводилось ли исследование на ВИЧ: Да НетЕсли «Да», то каков результат: Положительный Отрицательный |  |  |
| Диарея (поносы), запоры | ДА | НЕТ |
| Головные боли (в том числе беспричинные) | ДА | НЕТ |
| Инфекционные заболевания (Гепатит) | ДА | НЕТ |
| Бывает головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов | ДА | НЕТ |
| Проводилась лучевая терапия, химиотерапия  | ДА | НЕТ |
| Были операции (какие) | ДА | НЕТ |
| Другие заболевания (указать): | ДА | НЕТ |
| **Аллергические реакции (если имеются, то как проявляются):** |  |  |
| \* на местные анестетики | ДА | НЕТ |
| \* на антибиотики | ДА | НЕТ |
| \* на сульфанилимиды | ДА | НЕТ |
| \* на препараты йода | ДА | НЕТ |
| \* на гормональные препараты | ДА | НЕТ |
| **\*** на другие лекарственные препараты | ДА | НЕТ |
| \* на пыльцу и растения | ДА | НЕТ |
| \* на пищевые продукты | ДА | НЕТ |
| \* на шерсть животных | ДА | НЕТ |
| \* на другие вещества | ДА | НЕТ |
| **Получение медицинской помощи в настоящем времени или в последние 6 мес.** |  |  |
| Постоянно или периодически принимает лекарственные препаратыЕсли «Да», то какие | ДА | НЕТ |
| Лечится / проводилось лечение (когда) | ДА | НЕТ |
| Состоит на учете в лечебном учреждении | ДА | НЕТ |
| Последнее общемедицинское обследование проводилось Месяц\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Год\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ДА | НЕТ |
| Проводились переливания крови (когда)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ДА | НЕТ |
| Проводились инъекции (внутримышечные, подкожные и др.) за последние 6 мес | ДА | НЕТ |
|  **Дополнительная информация, касающаяся стоматологического лечения** |  |  |
| При прохождении стоматологического лечения в прошлом были:Аллергические реакции\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Продолжительное кровотечение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Какие-либо другие осложнения во время или после лечения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ДАДАДА | НЕТНЕТНЕТ |
| Наличие болей и щелканье в нижнечелюстном суставе | ДА | НЕТ |
| Кровоточивость десен при чистке зубов (периодическая, постоянная) | ДА | НЕТ |
| Появление герпеса «простуды» на губах с периодичностью \_\_\_\_\_\_\_год | ДА | НЕТ |
| Появление трещин губ, заед | ДА | НЕТ |
| Изменилось положение губы (верхней, нижней) или изменилась улыбка | ДА | НЕТ |
| Бруксизм (ночное скрежетание зубов) | ДА | НЕТ |
| Периодическое появление язв в полости рта | ДА | НЕТ |
| Периодическая или постоянная сухость во рту | ДА | НЕТ |
| Хотелось бы именить цвет или форму зубов | ДА | НЕТ |
| Чувствуется запах изо рта | ДА | НЕТ |

Мои ответы на пункты анкеты были искренними. Дополнительно хочу сообщить о состоянии здоровья своего ребенка следующее: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

**Мне известно, что от состояния здоровья моего ребенка зависят:**

**- результаты лечения;**

**- гарантии на каждую работу, выполненную врачом.**

**Я знаю:**

**- что в случае приема лекарственных препаратов перед посещением стоматолога необходимо сообщить ему об этом;**

**- что анкету о здоровье надо заполнять вновь каждые полгода (в случае изменений).**

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

Подпись официального представителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Расшифровка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_