

Анкета о состоянии здоровья ребенка

Дорогие родители!

Просим Вас 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 в прошлом 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, какие? _____

Бывают ли у ребенка аллергические реакции? ДА | НЕТ

Если да, то:

- на что бывает аллергия _____
- как она проявляется (покраснение, сыпь, зуд, отек, слезотечение, анафилактический шок и др.)

или _____

- время последней аллергической реакции: _____

4. Дополнительно о состоянии здоровья моего ребенка хочу сообщить

следующее: _____

Я, нижеподписавшийся(аяся) _____

(фамилия, имя, отчество родителя или иного законного представителя)

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

Дата " ____ " _____ 20__ г. _____ / _____ / _____

Подпись

Расшифровка

Анкета для родителя перед первым визитом к детскому стоматологу

Для комфортного лечения вашего ребенка

1. Были ли ранее у стоматолога?	ДА НЕТ Как давно? Что не понравилось? На каком этапе стало некомфортно?
2. Как относится к врачам в целом?	
3. Как в жизни реагирует на различные ситуации, например, бежит и упал(а)? Терпит, встает и бежит дальше или прижимается и любит, чтобы пожалели?	
4. Терпеливая (-ый) ли вообще?	ДА ДОСТАТОЧНО НЕТ
5. Чего очень боится, что может напугать?	
6. Что нравится? Какие увлечения? На какие занятия ходит? Любимый мультик?	