

Дорогие родители! Просим Вас уделить немного времени заполнению этой Анкеты. Предоставленная Вами информация крайне важна для грамотного и безопасного стоматологического лечения Вашего ребенка с благоприятным прогнозом.

Фамилия, имя, отчество ребенка \_\_\_\_\_

Дата рождения ребенка \_\_\_\_\_

**1. Есть ли у ребенка в настоящее время или были в прошлом данные заболевания/состояния:**

- Нарушения минерального обмена (в том числе рахит)
- Заболевания желудочно-кишечного тракта
- Заболевания сердца
- Заболевания почек
- Заболевания органов эндокринной системы
- Болезни органов дыхания
- Заболевания нервной системы
- Заболевания крови

**2. Какие травмы / операции / госпитализации перенес ребенок?**

\_\_\_\_\_

**3. Принимает ли Ваш ребенок в настоящее время какие-либо лекарственные препараты? .....**  ДА  НЕТ

если да, какие: \_\_\_\_\_

**4. 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, иначе)

\_\_\_\_\_

• дата последней аллергической реакции: \_\_\_\_\_

**5. Были ли у ребенка спонтанные носовые кровотечения? .....**  ДА  НЕТ

**6. Есть ли у ребенка бледность/цианоз носогубного треугольника при физической нагрузке или плаче? .....**  ДА  НЕТ

**7. Есть ли у ребенка страх врачей, клиник, незнакомых людей? .....**  ДА  НЕТ

**8. Есть ли особенности развития и поведения, о которых нам важно знать .....**  ДА  НЕТ

если да, какие: \_\_\_\_\_

**9. Какой у вашего ребенка любимый мультфильм/герой? \_\_\_\_\_**

**10. Дополнительно о состоянии моего здоровья/здоровья моего ребенка хочу сообщить следующее:**

\_\_\_\_\_

**11. Ваш адрес электронной почты: \_\_\_\_\_**

**12. Кого мы можем благодарить за рекомендацию нашей клиники?**

Имя \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

Я, нижеподписавшийся(аяся) \_\_\_\_\_

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

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

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка)