



Маэстро KIDS

АНКЕТА О ЗДОРОВЬЕ РЕБЁНКА

Уважаемый пациент/законный представитель, предлагаемая Вам анкета является важной частью информации, которой обязан располагать лечащий доктор. На основании Ваших ответов, доктор сможет расспросить Вас более подробно и учесть в процессе лечения все индивидуальные особенности организма вашего ребёнка.

Данные анкеты являются врачебной тайной и не могут быть разглашены третьим лицам.
Анкета заполняется законным представителем ребенка, или пациентом лично в случае достижения 14 лет.

1. Фамилия Имя Отчество

3. На каком сроке родился ребенок?

4. Были ли осложнения во время беременности? В родах?

5. Годы ли ребенок в первый год жизни? Диагноз?

6. Как часто болеет простудными заболеваниями (подчеркнуть):

1 раз в месяц 1 раз в 3 месяца 1 раз в 6 месяцев 1 раз в год реже

8. В каком возрасте начали чистить зубы ребенку?:

9. Помогаете ли вы чистить зубы ребенку?:

10. Присутствует ли у ребёнка ночные кормления (грудь/ смесь)?

11. Есть ли у ребёнка вредные привычки (сосание пальца, сосание соски, закусывание губы, другое)?:

12. Замечаете ли Вы у своего ребёнка чрезмерное смыкание зубов во сне, скрежет зубами?:

13. Когда последний раз ребёнок был у стоматолога?:

14. Как прошёл приём?:

15.	Бывают ли у вашего ребёнка такие проявления аллергии как:	ДА	НЕТ
	-крапивница		
	-местный отек		
	-кашель		
	-заложенность носа		
	-выделения из носа		
	-кожный зуд		
	-покраснения глаз, слезотечение, зуд в области глаз		
	Если «Да», то с чем, по Вашему мнению, это связано:		
16.	Были ли у вашего ребёнка аллергические реакции на:	ДА	НЕТ
	- местные анестетики (новокаин, лидокаин и др.). Если «Да», то на какие именно:		
	- антибиотики (пенициллины, цефалоспорины и др.) Если «Да», то на какие именно:		
	- сульфаниламиды		
	- вакцины, сыворотки		
17.	Ваш ребенок перенёс/страдает следующими заболеваниями?:	ДА	НЕТ
	-Заболевания сердца, сосудов		
	-Артериальная гипертензия		
	-Вегетососудистая дистония по гипотоническому типу, астено- вегетативный синдром		
	-Заболевания крови; Нарушение свертываемости крови		
	-Заболевания печени и желче-выводящих путей		
	-Вирусный гепатит		
	-Заболевания почек		
	-Сахарный диабет		
	-Заболевания щитовидной железы		
	-Заболевания гипофиза		
	-Заболевания надпочечников		
	-Эпилепсия		
	-Заболевания психической сферы		
	-Заболевания головного мозга: инсульты, опухоли, менингиты, энцефалиты		
	-Заболевания позвоночника, радикулит, остеохондроз		
	-Заболевания нервной системы: невриты, параличи		
	-Заболевания легких, бронхиальная астма		
	-Заболевания кожи		
	-Заболевания желудочно-кишечного тракта		
	-Заболевания костной системы, суставов		
	-Заболевания ЛОР-органов (хронический тонзиллит и др.)		
	-Заболевания глаз (глаукома и др.)		
	-Заболевания инфекционного характера		
	-Заболевания онкологические		
	-Туберкулез		
	-Грибковые заболевания		

	-Сотрясения, ушибы головного мозга. Если «ДА», то когда перенесены _____		
	- Травмы- Операции. Если «ДА», то по поводу чего _____		
18.	Бывают ли у вашего ребёнка следующие симптомы:	ДА	НЕТ
	-язвы в полости рта, сухость во рту		
	-длительная необъяснимая лихорадка		
	-длительные или острые боли в какой-либо области. Если «Да», то когда были в последний раз, и в какой области:		
	- затрудненное дыхание		
	-увеличение лимфатических узлов (желез)		
	-красные участки на коже, сыпь		
	-ночная потливость		
	-повышенная жажда		
	-головные боли		
	-кровоточивость, плохое заживление ран, царапин		
	-потеря веса за последние 6 месяцев		
19.	Было ли у вашего ребёнка?:	ДА	НЕТ
	- переливания крови, инъекции за последние 6 месяцев		
	- контакт с инфекционными больными. Если «Да», с каким заболеванием		
20.	Проводилось ли у вашего ребёнка лечение каких-либо заболеваний за последние 6 месяцев. Какие принимались препараты:	ДА	НЕТ
	- Принимаете ли ваш ребёнок в настоящее время, какие-либо лекарственные препараты? Если «Да», указать какие, в какое время суток, когда был последний прием:		
	- Получаете ли ваш ребёнок какое-либо не медикаментозное лечение в настоящее время (физиотерапия, фитотерапия, химиотерапия и т.д.) Если «Да», то какое конкретно?:		
	- Проводились ли вашему ребёнку за последний месяц профилактические прививки, вакцинации? Если «Да», то какие конкретно?:		
21.	Находится ли ваш ребёнок в настоящее время под наблюдением врача?:	ДА	НЕТ
	Если – «да», то какого, по какому поводу _____		

22.	Как ваш ребёнок переносит стоматологические вмешательства:
	Очень хорошо _____ Хорошо _____
	Удовлетворительно _____ Не хорошо _____

Своей подписью я подтверждаю точность и достоверность сведений, предоставленных мною лечащему врачу.

Фамилия Имя Отчество _____

Дата _____ Подпись _____

Мы благодарим Вас! Заполнив анкету, Вы заботитесь о здоровье вашего ребёнка и помогаете нам выбрать индивидуальный, т.е. наиболее подходящий план лечения.