

ОБРАЗЕЦ

АНКЕТА (заполняется пациентом / законным представителем)

О своем здоровье / о здоровье своего ребенка сообщая следующее:

Расписался в моем присутствии _____ / _____ (подпись лечащего врача / Ф.И.О. лечащего врача)

Вопросы:	Да	Нет
Как Вы (ребенок) переносите стоматологические вмешательства: Очень хорошо. Хорошо. Удовлетворительно. Не хорошо. Страх. (нужное подчеркнуть)		
Бывают ли у Вас (у ребенка) такие проявления аллергии как: крапивница; местный отек; кашель; заложенность носа; выделения из носа; кожный зуд; покраснения глаз, слезотечение, и др. Если «Да», то с чем, по Вашему мнению, это связано: _____		
Были ли у Вас (ребенка) следующие реакции при введении местных анестетиков и других лекарственных препаратов: головокружение; потеря сознания; одышка; крапивница; аллергические реакции. Если «Да», то, когда это было и на что именно: _____		
Я (ребенок) перенес(ла), страдаю(ет) следующими заболеваниями: Заболевания сердца, сосудов _____		
Артериальная гипертензия _____ Если «Да», то какое у Вас обычно, при хорошем самочувствии артериальное давление: _____		
Вегетососудистая дистония по гипотоническому типу, астеновегетативный синдром. Если «Да», то какое у Вас обычно, при хорошем самочувствии АД: _____		
Заболевания крови; Нарушение свертываемости крови _____		
Заболевания печени и желчевыводящих путей _____		
Заболевания почек; надпочечников _____		
Заболевание щитовидной железы, сахарный диабет. Если «Да», то какого типа, есть ли осложнения: _____		
Заболевания кожи _____		
Заболевания желудочно-кишечного тракта _____		
Заболевания венерические, ВИЧ _____		
Заболевания ЛОР-органов _____		
Заболевания глаз (глаукома и др.) _____		
Заболевания костной системы, суставов _____		
Заболевания инфекционного характера _____		
Заболевания онкологические _____		
Заболевания легких, бронхиальная астма _____		
Туберкулез _____		
Сотрясения, ушибы головного мозга. Если «ДА», то когда перенесены _____		
Травмы или Операции. Если «ДА», то по поводу чего _____		
Эпилепсия _____		
Заболевания психической сферы _____		
Заболевания головного мозга: инсульты, опухоли, менингиты, энцефалиты _____		
Заболевания позвоночника, радикулит, остеохондроз _____		
Заболевания нервной системы: невриты, паралич _____		
Были ли операции на сердце? Наличие искусственных клапанов и стимуляторов сердечной деятельности.		
Принимаете ли Вы (ребенок) в настоящее время, какие-либо лекарственные препараты. Если «Да», указать какие, в какое время суток, когда был последний прием: _____		

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

Подпись Пациента / Законного представителя ✓ _____ « ____ » _____ 20 ____ г.