



АВТОРСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ
ТЕРНОВЫХ

Успешность стоматологического лечения может зависеть от наличия степени развития общих заболеваний организма. Вот почему врачу важны сведения о состоянии здоровья Вашего ребенка. Они помогут правильно составить план лечения, дать обоснованные гарантии на выполненную работу. Сообщаемые Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

Анкета здоровья ребенка

(заполняется собственноручно представителем ребенка)

О здоровье своего ребенка (Ф.И.О. ребенка и год рождения) _____
сообщаю следующее: (отвечая на вопросы анкеты, нужно давать ответ **ДА** или **НЕТ** по каждому пункту)

Последнее посещение врача стоматолога (указать месяц, год) _____

БЫЛИ ЛИ У РЕБЕНКА: ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ИЛИ СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ДА / НЕТ

Заболевания сердца	<input type="checkbox"/>
Заболевания сосудов	<input type="checkbox"/>
Бывает ли головокружение, потер сознания, отдышка и т.д. при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов	<input type="checkbox"/>
Заболевания крови	<input type="checkbox"/>
Заболевания печени	<input type="checkbox"/>
Заболевания почек	<input type="checkbox"/>
Сахарный диабет	<input type="checkbox"/>
Заболевания щитовидной, паразитовидной и др. желез	<input type="checkbox"/>
Эпилепсия и др. заболевания центральной и периферической нервной системы	<input type="checkbox"/>
Заболевания легких	<input type="checkbox"/>
Бронхиальная астма	<input type="checkbox"/>
Заболевания кожи	<input type="checkbox"/>
Нейродермит	<input type="checkbox"/>
Заболевания костной системы, суставов	<input type="checkbox"/>
Постоянные или периодические приемы лекарственных препаратов	<input type="checkbox"/>
Проводилось ли лечение заболеваний за прошлые дни, недели, месяцы	<input type="checkbox"/>
Состоит ли на учете в лечебном учреждении	<input type="checkbox"/>
Проводилось ли исследование на СПИД	<input type="checkbox"/>
Инфекционные заболевания	<input type="checkbox"/>
Заболевания желудочно-кишечного тракта	<input type="checkbox"/>
А также сообщая, что ранее имели место:	
Сотрясение головного мозга	<input type="checkbox"/>
Травмы	<input type="checkbox"/>
Операции	<input type="checkbox"/>
Другие заболевания	<input type="checkbox"/>
Бруксизм (ночное скрежетание зубами)	<input type="checkbox"/>
Заболевания глаз	<input type="checkbox"/>
Заболевания ЛОР органов (уша, горла, носа)	<input type="checkbox"/>
Заболевания гайморовых пазух	<input type="checkbox"/>
Проводились ли инъекции (внутримышечные, подкожные и др.) за последние 6 месяцев	<input type="checkbox"/>
Грибковые заболевания (были, есть)	<input type="checkbox"/>
Нарушение свертывания крови	<input type="checkbox"/>
Глаукома (повышение внутриглазного давления)	<input type="checkbox"/>
Были ли (или есть) грибковые заболевания	<input type="checkbox"/>
Были ли язвы полости рта	<input type="checkbox"/>

Была ли длительная необъяснимая лихорадка
Бывают ли длительные боли в горле или затруднительное глотание
Постоянно увеличены лимфатические узлы (железы)
Периодически появляются багровые или красные участки на коже (сыпь)
Беспричинные головные боли
Периодическая или постоянная сухость во рту
Нарушение свертываемости крови
Проводились ли переливания крови (когда)
Проводилась ли лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет
Рахит
Удаление миндалин
Было ли обморочное состояние у ребенка при лечении зубов когда-либо
Последнее общеемедицинское обследование проводилось в _____ году



Есть ли аллергические реакции

На местные анестетики
На антибиотики
На сульфаниламиды
На препараты йода
На другие лекарственные препараты
На пыльцу и растения
На пищевые продукты
На шерсть животных
На другие вещества (если да, в строчке ниже напишите какие)



Прием антибиотиков, др. лекарственных средств матерью во время кормления ребенка грудью



Я искренне ответил(а) на пункты анкеты. Дополнительно хочу сообщить о состоянии ребенка следующее:

Мне известно, что сведения о состоянии здоровья надо периодически обновлять не реже 1 раза в год.

- Мне известно, что результаты лечения зависят от состояния здоровья ребенка.
- Мне известно, что гарантии на каждую выполненную Исполнителем работу будут определяться лечащим врачом с учетом состояния здоровья ребенка индивидуально в каждом случае.

Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов моим ребенком перед посещением стоматолога, мне надо обязательно сообщать об этом врачу до начала лечения.

В случае сопровождения ребенка не его законными представителями, обязуюсь оформить на них Доверенность с правом подписывать за меня документы, связанные с лечением моего ребенка, в том числе договор, план лечения, информированное согласие на лечение, гарантийный талон, приложение к договору об оказании платных медицинских услуг, оплачивать оказанные услуги, а также выполнять все иные действия, связанные с выполнением настоящего поручения. Давая доверенность, я несу полную ответственность за последствия передоверия всех решений, связанных со здоровьем ребенка третьему лицу, указанному в доверенности.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Ф.И.О. и подпись представителя ребенка _____ (_____)