**ООО «Аквилио»**

**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.**

## КАРТА ОПРОСА ПЕРЕД СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ МАНИПУЛЯЦИЕЙ (АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ)

### Ф.И.О.ребенка

Число/месяц/год рождения ребенка Адрес ребенка (по прописке)

Адрес по месту проживания ребенка

Ф.И.О. представителя ребенка

Кем являетесь ребенку

Адрес по прописке представителя ребенка

Адрес по месту проживания представителя ребенка

Тел. дом. раб. сот.

Достоверность вышеуказанной информации гарантирую.

Дата 20 г. Подпись представителя ребенка



## Я разрешаю администраторам клиники звонить по указанным мной в анкете телефонам, чтобы напомнить о приёме, контрольном осмотре или сообщить о других изменениях в расписании клиники.

### Подпись представителя ребенка

АНКЕТА

#### (заполняется законным представителем ребенка)

О здоровье своего ребенка сообщаю следующее:

Ребенок от (какой по счету беременности) , протекавшей на фоне (токсикоза, анемии, ОРЗ, другое)

Роды(в срок, раньше срока, позже срока, самостоятельные, оперативные, плановые, вынужденные)

на неделе. Масса при рождении , длина при рождении , грудное вскармливание до Нервно-психическое развитие: сидеть ходить говорить Профилактические прививки(по календарю, по индивидуальному графику, отказ родителей, медицинский отвод (причина)

### Подпись представителя ребенка

Отвечая на следующие вопросы анкеты, надо давать ответ **ДА** или **НЕТ** по каждому пункту.

Сообщаемые Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

# Последнее посещение врача стоматолога

#### (указать месяц и год)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ** | |  | |  |
| Инвалидность (по какому заболеванию) | | ДА | | НЕТ |
| Наследственные заболевания (какие, у кого из родственников) | | ДА | | НЕТ |
| Генетические заболевания (какие, у кого из родственников) | | ДА | | НЕТ |
| Заболевания сердца | | ДА | | НЕТ |
| Заболевания сосудов | | ДА | | НЕТ |
| Повышается или понижается артериальное давление | | ДА | | НЕТ |
| Бывает ли головокружение, потеря сознания, одышка и т.д. при введении анестетиков или др. лекарственных  препаратов | | ДА | | НЕТ |
| Заболевания крови | | ДА | | НЕТ |
| Заболевания печени | | ДА | | НЕТ |
| Заболевания почек | | ДА | | НЕТ |
| Сахарный диабет | | ДА | | НЕТ |
| Заболевания щитовидной, паращитовидной железы, др. желез | | ДА | | НЕТ |
| Эпилепсия и др. заболевания центральной и периферической нервной системы | | ДА | | НЕТ |
| Заболевания легких, в т.ч. бронхиальная астма | | ДА | | НЕТ |
| Заболевания кожи, в т.ч. нейродермит | | ДА | | НЕТ |
| Заболевания костной системы, суставов | | ДА | | НЕТ |
| Заболевания желудочно-кишечного тракта, в т.ч. нарушения пищеварения | | ДА | | НЕТ |
| Заболевания глаз, в т.ч. глаукома, повышение внутриглазного давления | | ДА | | НЕТ |
| Заболевания ЛОР органов (уха, горла, носа, гайморовых пазух, удаление миндалин) (если да, указать какие) | | ДА | | НЕТ |
| Рахит | | ДА | | НЕТ |
| Инфекционные заболевания | | ДА | | НЕТ |
| Грибковые заболевания (были, есть) | | ДА | | НЕТ |
| Проводилась ли лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет Ели да, то какие препараты использовались?  Были ли биофосфаты? | | ДА | | НЕТ |
| Постоянные или периодические приемы лекарственных препаратов (если да, то какие) | | ДА | | НЕТ |
| Проводилось ли лечение заболеваний за прошедшие дни, недели, месяцы (если да, то каких) | | ДА | | НЕТ |
| Проводились ли инъекции (внутримышечные, подкожные и др.) за последние 6 месяцев | | ДА | | НЕТ |
| Проводилось ли исследование на СПИД (если да, то когда) | | ДА | | НЕТ |
| Проводились ли исследования на Гепатиты (если да, то когда) | | ДА | | НЕТ |
| Состоит ли на учете в лечебном учреждении | | ДА | | НЕТ |
| Проводились ли переливания крови (если да, то когда) | | ДА | | НЕТ |
| Операции  (название операции, когда проводилась) | | ДА | | НЕТ |
| Сотрясение головного мозга | | ДА | | НЕТ |
| Травмы | | ДА | | НЕТ |
| Периодически появляются багровые или красные участки на коже, сыпь | | ДА | | НЕТ |
| Постоянно увеличены лимфатические узлы (железы) | | ДА | | НЕТ |
| Бруксизм (ночное скрежетание зубами) | | ДА | | НЕТ |
| Были ли язвы полости рта | | ДА | | НЕТ |
| Была ли длительная необъяснимая лихорадка | | ДА | | НЕТ |
| Бывают ли длительные боли в горле или затрудненное глотание | | ДА | | НЕТ |
| Ночная потливость | | ДА | | НЕТ |
| Беспричинные головные боли | | ДА | | НЕТ |
| Периодическая или постоянная сухость во рту | | ДА | | НЕТ |
| Нарушение свертываемости крови | | ДА | | НЕТ |
| Диарея (поносы) | | ДА | | НЕТ |
| Другие заболевания | | ДА | | НЕТ |
| Выезды из Н.Новгорода и из Нижегородской области за последние 6 месяцев (страна, регион России  ) | | ДА | | НЕТ |
| Последнее общемедицинское обследование проводилось в году | | ДА | | НЕТ |
| **АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ:** | | | | |
| \* на медикаменты (местные анестетики, антибиотики, сульфаниламиды, препараты йода, гормональные препараты, другие лекарственные препараты)  (если да, то какие) | ДА | | НЕТ | |
| \* на пищевые продукты (если да, то какие) | ДА | | НЕТ | |
| \* бытовая аллергия, поллинозы (сезонные аллергические реакции)  (если да, то указать причину) | ДА | | НЕТ | |
| \* на другие вещества | ДА | | НЕТ | |
| Прием антибиотиков, других лекарственных средств матерью во время кормления ребенка грудью (указать наименование препарата) | ДА | | НЕТ | |

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

Мне известно, что сведения о состоянии здоровья надо периодически обновлять.

Мне известно, что результаты лечения (оказания услуг) зависят от состояния здоровья ребенка.

Мне известно, что гарантии на каждую оказанную Исполнителем услугу будут определяться с учетом здоровья ребенка.

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

Я информирован(а) о выполнении ортопантомограммы ребенку перед стоматологическим лечением и готов(а) при необходимости дополнительно сделать прицельные рентгеновские снимки зубов.

***В случае сопровождения ребёнка не его законными представителями, обязуюсь оформить на них Доверенность с правом оплачивать услуги, а также выполнять все иные действия, связанные с выполнением настоящего поручения.***

" " 20 г. Подпись представителя ребенка ( )

#### ФИО