

# АНКЕТА ЗДОРОВЬЯ

Убедительно просим Вас прочитать и ответить на вопросы анкеты здоровья. Информация о здоровье Вашего ребенка нужна для эффективного и безопасного стоматологического лечения. Неверная и неполная информация может повредить здоровью Вашего ребенка. Сообщайте нам обо всех изменениях и состояниях Вашего ребенка при первой возможности. Мы гарантируем, что сведения, указанные Вами, не будут доступны посторонним людям!

- 1.** Посещает ли Ваш ребенок стоматолога или гигиениста регулярно?

Да       Нет      Когда последний раз? \_\_\_\_\_

- 2.** Наблюдается ли Ваш ребенок у ортодонта?

Да       Нет

- 3.** Находится ли Ваш ребенок под наблюдением врача?

Да       Нет

Если да, то укажите причину:

\_\_\_\_\_

- 4.** Имеет ли Ваш ребенок острые или хронические заболевания в настоящее время? (Сахарный диабет, бронхиальная астма, гепатит, заболевания внутренних органов и др.)

Да       Нет

Если да, то укажите какие?

\_\_\_\_\_

- 5.** Бывает ли у Вашего ребенка повышенное или пониженное давление?

Да       Нет      Если да, то какое? \_\_\_\_\_

- 6.** Нет ли у Вашего ребенка аллергии?

Да       Нет

Уточните на что?

\_\_\_\_\_

**7.** Были ли у Вашего ребенка раньше какие-либо осложнения после проведенного стоматологического лечения?

Да       Нет

Если да, то укажите какое?

---

**8.** Были ли у Вашего ребенка хирургические вмешательства или травмы в челюстно-лицевой области?

Да       Нет

Если да, то укажите какие?

---

**9.** Были ли у Вашего ребенка раньше длительные кровотечения после удаления зубов, хирургических вмешательств или травм?

Да       Нет

**10.** Принимает ли Ваш ребенок какие-либо лекарства в настоящий момент?

Да       Нет

Если да, то укажите какие?

---

**11.** Добавьте, что считаете нужным:

---

---

## ПОДТВЕРЖДЕНИЕ:

Я, (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_

---

Дата: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

Подпись: \_\_\_\_\_