



г. Голицыно, Советская, 59, тел. 8 (495) 946-20-46, 8 (916) 946-73-05
www.esteticadental.ru, e-mail: estetica@esteticadental.ru

Анкета состояния здоровья

Приложение к медицинской карте

Благодарим Вас за визит в стоматологическую клинику «Эстетика Дентал»

Ф. И. О. (полностью)

Дата, месяц, год рождения

Адрес проживания

Контактные телефоны

E - mail:

Как узнали о клинике?

Цель заполнения анкеты заключается в том, чтобы больше узнать о Вашем ребенке до начала лечения. Ваши ответы помогут сделать визиты ребенка в клинику более предсказуемыми и результативными.

1. Имя, отчество: мама _____ папа _____
2. Ваш ребенок первый раз идет в стоматологическую клинику? Да _____ Нет _____
3. Если нет, как бы Вы описали предыдущие визиты к стоматологу? _____

4. Впишите, пожалуйста, в соответствующую строку пояснения или слова «да», «нет».

Рахит первого полугодия _____

Рахит второго полугодия _____

Перенесенные инфекционные заболевания _____

Дисбактериоз кишечника (понос, диарея) _____

Заболевания желудочно-кишечного тракта _____

Заболевания сердца _____

Заболевания почек _____

Заболевания печени _____

Заболевания органов эндокринной системы _____

Болезни органов дыхания _____

Бронхиальная астма _____

Травмы _____

Сотрясение головного мозга _____

Эпилепсия, другие заболевания центральной и периферической нервной системы _____

Заболевания крови _____

Нарушение свертываемости крови _____

Состоит ли на учете в лечебном учреждении _____

Принимает ли Ваш ребенок в настоящее время какие-либо лекарственные препараты _____

Госпитализация _____

Аллергические реакции (указать тип реакции: покраснение, сыпь, зуд, отек, анафилактический шок и др., время последней аллергической реакции) _____

- На лекарственные препараты _____
- На профилактические прививки _____
- На цитрусовые _____
- На пыльцу растений _____
- На шерсть животных _____
- На бытовую пыль _____
- На белок коровьего молока _____
- Аллерген не выявлен _____

Дополнительно о состоянии здоровья моего ребенка хочу сообщить следующее:

Тип вскармливания Вашего ребенка на первом году жизни:

- грудное вскармливание (указать до какого возраста) _____
- искусственное вскармливание (указать с какого возраста) _____

Приходилось ли прибегать к ночному кормлению и как часто? _____

С какого возраста ребенок начал получать соки? _____

Какие прикормы (каши, фруктовые и овощные пюре и др.) ребенок получал в течение первого года жизни? _____

Как часто Ваш ребенок употребляет сладости (конфеты, печенье, сушки и др.)?

- вообще не употребляет _____
- 2-3 раза в неделю _____
- 1 раз в день _____
- несколько раз в день _____

Индивидуальная гигиена полости рта:

С какого возраста начали чистить ребенку зубы? _____

Сколько раз в день Ваш ребенок чистит зубы? _____

- 1 раз в день _____

- несколько раз в день _____

Помогает ли ребенку кто-либо из взрослых чистить зубы и как часто?

- взрослые помогают чистить зубы каждый день _____

- взрослые проверяют, как ребенок почистил зубы время от времени _____

- наш ребенок уже самостоятельный, чистит зубы без контроля взрослых _____

Какие зубные пасты Вы покупаете для Вашего ребенка? _____

Я (родитель мама/папа, сопровождающее лицо) _____
искренне ответил на все вопросы анкеты.

Я осознаю, что сведения о состоянии здоровья ребенка необходимо обновлять с периодичностью 1 раз в пол года.

Я проинформирован, что в случаях приема лекарственных препаратов перед стоматологическим приемом мне необходимо сообщать врачу.

ДАТА

ПОДПИСЬ

**Будем рады видеть
Вас в качестве наших постоянных гостей!**