

АНКЕТА ЗДОРОВЬЯ

Предлагаемая анкета является частью важной информации, которой обязан располагать лечащий ребенка доктор, для действительно эффективного лечения и сохранения здоровья ребенка. На основании ваших ответов доктор учтет в процессе лечения все индивидуальные особенности организма ребенка, которые могут значительно повлиять на результаты лечения и безопасность в процессе его проведения.

Данные анкеты являются врачебной тайной и не могут быть разглашены третьим лицам.

Анкета заполняется лично законным представителем ребенка.

Давайте познакомимся: Мама _____
Папа _____ Бабушка/Дедушка _____

Как зовут вашего ребенка:

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____

Дата рождения _____ Как ласково вы обращаетесь к нему: _____

Количество детей в семье _____

Есть ли питомец у ребенка: _____ Как его зовут: _____

Что ребенок любит смотреть: _____ Есть ли хобби: _____

Что посещает: ☐ детский сад, ☐ школу _____ класс, ☐ секции, ☐ центр развития, ☐ нет.

Наличие хронических заболеваний, травм и операций, аллергических реакций:

Последний осмотр у стоматолога был (когда): _____

Ребенок чистит зубы: сам с помощью родителей.

Проводилось ли ранее стоматологическое лечение _____ Эмоции _____

Если есть отрицательный опыт, то с чем связан: _____

Применялись ли у ребенка местные анестетики: _____

Скрип зубами во время сна ☐ нет ☐ да

Вакцинация: по календарю мед.отвод прочее _____

Ребенок наблюдается у узкого специалиста: нет да

Специальность доктора и диагноз: _____

Если вашему ребенку меньше 3-х лет:

когда появились первые зубки _____

Питание ребенка до года: грудное, смешанное, искусственное

Ночное кормление сохранялось до _____ мес./лет; что кушал _____

Я, _____,
являюсь законным представителем ☐ мать ☐ отец ☐ усыновитель ☐ опекун ☐ попечитель
ребенка _____

Выше указанная мной информация о состоянии ребенка отражает действительность.

Дата _____ Подпись _____

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ

ОЦЕНКА СОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

Имеет ли ребенок сейчас следующие симптомы:

Кашель ☐ нет ☐ да. Насморк ☐ нет ☐ да. Температура тела: _____

Другие катаральные симптомы: _____

Есть ли у ребенка аллергия на:

пищевые продукты ☐ нет ☐ да _____

антибиотики ☐ нет ☐ да _____

препараты ЙОДА ☐ нет ☐ да _____

местные анестетики ☐ нет ☐ да _____

другие лекарственные препараты ☐ нет ☐ да
на какие: _____

бытовая химия, хлорсодерж. средства ☐ нет ☐ да _____

как проявляется: ☐ сыпь ☐ отек ☐ гипермия

☐ слезотечение ☐ шок ☐ зуд

Есть ли у ребенка:

пороки сердца (кроме МАРС) ☐ нет ☐ да

ревматизм ☐ нет ☐ да

боли в области сердца ☐ нет ☐ да

операции на сердце ☐ нет ☐ да

артериальное давление _____ / _____ мм.рт.ст.

Центральная нервная система:

потери сознания ☐ нет ☐ да

травмы головы ☐ нет ☐ да

нарушения зрения, слуха ☐ нет ☐ да

ДЦП ☐ нет ☐ да

судорожные припадки ☐ нет ☐ да

эпилепсия ☐ нет ☐ да

- частота приступов: _____

- длительность: _____

- нарушение дыхания: _____

- чем купируем приступ: _____

состояние после приступа: _____

- основное лечение (записать в табл.).

Расстройство Аутического спектра

☐ нет ☐ да

Синдром Дауна ☐ нет ☐ да

- коммуникация: _____

- выполнение команд: _____

- поведение: _____

Бронхиальная астма ☐ нет ☐ да

- частота приступов: _____ - длительность приступов: _____

- чем купируем приступ: _____ Основное лечение (базистерапия - записать в табл.)

Заболевания мышечной системы ☐ нет ☐ да _____ Онкология ☐ нет ☐ да

Заболевания крови (анемия, лейкоз, гемофилия) ☐ нет ☐ да

Сахарный диабет ☐ нет ☐ да

Нарушения функции желудка, кишечника, печени ☐ нет ☐ да

Рахит ☐ нет ☐ да

Прочее: _____

Гепатит ☐ нет ☐ да

Гайморит ☐ нет ☐ да

Аденоиды ☐ нет ☐ да

Тонзиллит ☐ нет ☐ да

Принимает ли ваш ребенок какие-то лекарственные препараты в данный момент

(по рецепту врача и без): ☐ нет

№	название лекарственного препарата	доза	кратность

Дата: _____ ФИО и подпись врача: _____