

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

(заполняется собственноручно пациентом/ законным представителем ребенка)

О своем здоровье / здоровье своего ребенка

(ФИО и год рождения) _____

(Отвечая на вопросы анкеты, нужно давать ответ (+) или (-) по каждому пункту).

БЫЛИ ЛИ У ВАС (У РЕБЕНКА) : ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ	
Заболевания сердца	
Заболевания сосудов	
Повышается или понижается артериальное давление	
Бывает ли головокружение, потеря сознания, одышка и т.д. при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов	
Заболевания крови	
Заболевания печени	
Заболевания почек	
Сахарный диабет	
Заболевания щитовидной, паращитовидной железы, др. желез	
Эпилепсия и др. заболевания центральной и периферической нервной системы	
Заболевания легких	
Заболевания кожи	
Постоянные или периодические приемы лекарственных препаратов	
Проводилось ли лечение заболеваний за прошедшие дни, недели, месяцы	
Состоит ли на учете в лечебном учреждении	
Заболевания СПИД и ВИЧ	
Инфекционные заболевания	
А также сообщаю, что ранее имели место:	
Сотрясение головного мозга	
Травмы	
Операции	
Другие заболевания	
Бруксизм (ночное скрежетание зубами)	
Заболевания глаз	
Заболевания ЛОР органов (уха, горла, носа)	
Проводились ли инъекции (внутримышечные, подкожные и др.) за последние 6 месяцев	
Нарушение свертываемости крови	
Глаукома (повышение внутриглазного давления)	
Были ли язвы полости рта	
Постоянно увеличены лимфатические узлы (железы)	
Беспричинные головные боли	
Периодическая или постоянная сухость во рту	

Проводились ли переливания крови (когда)	
Проводилась ли лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет	
Рахит	
Последнее общемедицинское обследование проводилось в _____ году	
ЕСТЬ ЛИ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ?	
* на медикаменты (лекарственные препараты)	

- Мне известно, что результаты лечения зависят от состояния здоровья.
- Мне известно, что гарантии на каждую выполненную Исполнителем работу будут определяться лечащим врачом с учетом 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 ребёнка 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, приложения 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.

(

ФИО и подпись пациента (представителя ребенка)