

## АНКЕТА О ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА

Уважаемый (ая) \_\_\_\_\_

Ребёнок, интересы которого вы представляете, не достиг пятнадцатилетнего возраста, поэтому, в соответствии со статьей 32 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, вы, как его законный представитель, должны получить полную и подробную информацию о проводимом лечении и дать согласие на выполнение медицинских манипуляций. Чтобы лечение было наиболее эффективным и безопасным, постарайтесь точно и подробно проинформировать врача о состоянии здоровья ребёнка.

Сообщенные Вами сведения позволят врачу подобрать эффективную анестезию, лекарства и методы лечения, правильно составить план. Врач пояснит (в оправданных случаях): есть ли связь между общим здоровьем ребёнка и состоянием полости рта.

По каждому пункту анкеты надо отвечать **ДА** или **НЕТ**. Данные составляют врачебную тайну, и не будут доступны посторонним лицам.

### ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

1. Фамилия, имя ребёнка: \_\_\_\_\_
2. Пол ребёнка: (подчеркните нужный вариант) «М» «Ж» \_\_\_\_\_
3. Возраст ребенка (полных лет) \_\_\_\_\_
4. Ваш адрес: \_\_\_\_\_
5. Телефон для связи: \_\_\_\_\_

Когда ваш ребёнок последний раз был у стоматолога (месяц, год): \_\_\_\_\_

Аллергические реакции	ДА	НЕТ
Продолжительные кровотечения	ДА	НЕТ
Какие-либо другие осложнения во время или после стоматологического лечения. _____	ДА	НЕТ
Все ли лекарства или продукты питания ваш ребенок переносит хорошо? Если «НЕТ», то укажите каждое лекарственное средство или продукт, на которые отмечалась нежелательная реакция: _____ _____ _____	ДА	НЕТ
Применялись ли у ребёнка ранее средства для местного обезболивания? Если «ДА», то какие (название) и как ребенок их переносил: _____ _____	ДА	НЕТ
Имеются ли у ребёнка хронические заболевания со стороны сердечно-сосудистой системы? Если «ДА», то какие именно: _____ Укажите, какие лекарства от этих заболеваний принимает ребенок, дозировка: _____	ДА	НЕТ
Имеются ли у ребёнка заболевания со стороны органов дыхания? Если «ДА», то какие именно: _____ Укажите, какие лекарства от этих заболеваний принимает ребенок, дозировка: _____	ДА	НЕТ
Часто ли ребёнок болеет простудными заболеваниями? Когда болел в последний раз: _____	ДА	НЕТ
Даёте ли вы ребёнку антибиотики? Если «ДА», то какие и когда в последний раз _____	ДА	НЕТ

Принимал ли ваш ребёнок (нужное обвести): Пенициллин, Эритромицин, Тетрациклин или Доксициклин, Бисептол? Была ли побочная реакция и в чем она проявлялась? _____ _____	ДА	НЕТ
Есть ли у ребенка заболевания органов пищеварения? Если «ДА», то какие заболевания и какие препараты принимает: _____ _____	ДА	НЕТ
Есть ли у ребёнка заболевания со стороны других органов и систем? Если «ДА», то какие и какие препараты принимает: _____ _____	ДА	НЕТ
Есть ли у ребёнка заболевания центральной нервной системы? Если «ДА», то с каким диагнозом? _____ _____	ДА	НЕТ

### СЛЕДУЮЩИЕ СВЕДЕНИЯ ВНОСЯТСЯ ВРАЧОМ — СТОМАТОЛОГОМ

Мной, врачом — стоматологом \_\_\_\_\_

установлен следующий диагноз:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Рекомендовано лечение:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ЗАПОЛНЯЕТСЯ ЗАКОННЫМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ РЕБЁНКА

В соответствии со статьёй 32 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан, необходимым предварительным условием любого медицинского вмешательства (в том числе и стоматологического) является информированное согласие гражданина. В отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, такое согласие дают их законные представители после сообщения им необходимых сведений. Поэтому до начала медицинской манипуляции, ответьте на следующие вопросы:

Разъяснил ли вам врач-стоматолог сведения о наличии заболевания, указал ли диагноз и прогноз?	ДА	НЕТ
Разъяснил ли методы лечения, варианты медицинского вмешательства и возможные риски?	ДА	НЕТ
Разъяснил врач варианты последствий отсутствия лечения	ДА	НЕТ

**Я несу полную ответственность за достоверность предоставленной информации.**

**Мне известно, что от состояния здоровья моего ребёнка зависят:**

- результаты лечения;
- гарантии на каждую работу, выполненную врачом.

**Я знаю:**

- что в случае приема лекарственных препаратов моим ребёнком перед посещением стоматолога мне надо сообщить ему об этом;
- что анкету о здоровье надо заполнять вновь каждые полгода.

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись пациента \_\_\_\_\_