

Анкета о состоянии здоровья ребенка

*Дорогие родители, просим Вас уделить время для заполнения Анкеты.
Представленная Вами информация крайне важна для эффективного и безопасно
лечения Вашего ребёнка.*

Ф.И.О. ребёнка _____

Дата рождения ребёнка _____

1. Возникали ли осложнения во время беременности?Да/Нет
2. Были ли осложнения во время родов?Да/Нет
3. Был ли ребёнок на грудном вскармливании? (до какого возраста)Да/Нет
4. Были ли серьёзные заболевания у ребёнка до 3-х лет?Да/Нет
5. Есть ли у ребёнка в настоящее время хронические заболевания?Да/Нет
6. Какие инфекционные заболевания (корь, ветряная оспа, скарлатина и т.п.)
перенёс ребёнок?
7. Были ли у ребёнка травмы/операции/госпитализации?
8. Принимает ли ребёнок сейчас какие-то лекарственные препараты/БАДы?
9. Бывают ли у ребёнка аллергические реакции?Да/Нет
Если да, то на что, когда в последний раз и как проявляется?
10. Когда последний раз обращались к стоматологу?
11. Замечали ли Вы, что ребёнок дышит ртом, а не носом?
12. Наблюдается ли ребёнок у ЛОРа/логопеда/невролога/психолога ?
13. Замечали ли Вы у ребёнка сложности с жеванием или глотанием пищи?Да/Нет
14. Бывает ли по ночам стискивание зубов (скрежет, скрип)?Да/Нет
15. Есть ли у ребёнка страх врачей, клиник, незнакомых людей?
16. Есть ли какие-то особенности развития и поведения, о которых нам надо знать?
17. Какой у Вашего ребёнка любимый мультфильм?
18. Если есть хобби/увлечения, то какие?

Ф.И.О. законного представителя _____

Я, нижеподписавшийся(ая) _____

Ответил (а) на вопросы верно и обязуюсь сообщать об изменениях здоровья
моего ребёнка своевременно.

Дата _____ Подпись(расшифровка) _____ / _____

