

КАРТА ОПРОСА ПЕРЕД СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ МАНИПУЛЯЦИЕЙ

Ф.И.О.ребенка _____

Число/месяц/год рождения ребенка _____ Адрес ребенка _____

Ф.И.О. представителя ребенка _____

Адрес представителя _____

Тел. дом. _____ раб. _____ сот _____

АНКЕТА

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
Заболевания сердца, сосудов	ДА	НЕТ
Повышается или понижается артериальное давление	ДА	НЕТ
Бывает ли головокружение, потеря сознания, одышка и т.д. при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов	ДА	НЕТ
Заболевания крови	ДА	НЕТ
Заболевания печени	ДА	НЕТ
Заболевания почек	ДА	НЕТ
Сахарный диабет	ДА	НЕТ
Заболевания щитовидной, паращитовидной железы, др. железы	ДА	НЕТ
Эпилепсия и др. заболевания центральной и периферической нервной системы	ДА	НЕТ
Заболевания легких, бронхиальная астма	ДА	НЕТ
Заболевания кожи	ДА	НЕТ
Заболевания костной системы, суставов	ДА	НЕТ
Постоянные или периодические приемы лекарственных препаратов	ДА	НЕТ
Состоит ли на учете в лечебном учреждении	ДА	НЕТ
Инфекционные заболевания	ДА	НЕТ
Заболевания желудочно-кишечного тракта	ДА	НЕТ
А также сообщая, что ранее:		
Сотрясение головного мозга	ДА	НЕТ
Травмы	ДА	НЕТ
Операции	ДА	НЕТ
Бруксизм (ночное скрежетание зубами)	ДА	НЕТ
Заболевания глаз	ДА	НЕТ
Заболевания ЛОР органов (уха, горла, носа)	ДА	НЕТ
Проводились ли инъекции (внутримышечные, подкожные и др.) за последние 3 месяцев	ДА	НЕТ
Нарушение свертываемости крови	ДА	НЕТ
Постоянно увеличены лимфатические узлы (железы)	ДА	НЕТ
Беспричинные головные боли	ДА	НЕТ
Проводилась ли лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет	ДА	НЕТ
АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ:		
* на местные анестетики	ДА	НЕТ
* на антибиотики	ДА	НЕТ
* на препараты йода	ДА	НЕТ
* на гормональные препараты	ДА	НЕТ
* на другие лекарственные препараты	ДА	НЕТ
* на пыльцу и растения	ДА	НЕТ
* на пищевые продукты	ДА	НЕТ
* на шерсть животных	ДА	НЕТ
* на другие вещества	ДА	НЕТ

Просим сообщить Вас из каких источников вы узнали о нашей стоматологической клинике _____

Подпись представителя ребенка: _____

Мне известно, что результаты лечения (выполнения работ) зависят от состояния здоровья ребенка.

Мне известно, что гарантии на каждую выполненную Исполнителем работу будут определяться с учетом здоровья ребенка.

Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов моим ребенком перед посещением стоматолога-мне надо сообщать об этом врачу.

Я информирован(а) о выполнении ортопантограммы перед стоматологическим лечением и готов(а) при необходимости дополнительно сделать прицельные рентгеновские снимки зубов.

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 карту опроса, договор, план лечения, информированное согласие на лечение, гарантийный талон, оплачивать данные услуги, а также выполнять все иные действия, связанные с выполнением настоящего поручения.

Я разрешаю администраторам клиники звонить по указанным мной в анкете телефонам, чтобы напомнить о приёме, контрольном осмотре или сообщить о других изменениях в расписании клиники.

" ____ " _____ 20 ____ г.

Подпись представителя ребенка _____ (_____)