



Приложение к договору на оказание платных медицинских услуг № _____

МЕДИЦИНСКИЙ АНАМНЕЗ

Дата заполнения

Ф.И.О. _____ дата рождения _____

Как вы оцениваете общее состояние здоровья вашего ребенка: отличное ___ удовлетв. ___ плохое ___

Как вы оцениваете общее состояние зубов вашего ребенка: отличное ___ удовлетв. ___ плохое ___

Есть ли у Вас сейчас или были в прошлом:		ДА	НЕТ
1.	Госпитализация по болезни или по травме		
2.	Посещал ли ваш ребенок стоматолога?		
3.	Был ли негативный опыт лечения у стоматолога?		
4.	Была ли использована ранее в лечении анестезия?		
5.	Были ли ранее проведены аллергопробы?		
	Аллергическая реакция или состояния:		
	-на анестетик (на обезболивающее)? если да - на какой препарат? _____		
	- аспирин/ибупрофен/парацетамол		
	- пенициллин/ эритромицин		
	- тетрациклин/ сульфаниламидные препараты		
	- фториды		
	- (никель, золото, серебро)/латекс		
	- крапивница, кожная сыпь, сенная лихорадка		
	- другое: _____		
6.	Проблемы с сердцем, врожденный порок		
7.	Инфекционный эндокардит в прошлом		
8.	Искусственный клапан, стент, шунтирование (за 6 месяцев)		
9.	Ортопедические протезы (замена суставов)		
10.	Ревматизм или скарлатина		
11.	Высокое или низкое артериальное давление		
12.	Анемия или другие проблемы с кровью, замедленная свёртываемость крови		
13.	Туберкулез, корь, ветряная оспа		
14.	Астма		
15.	Нарушение сна/храп/синусит		
16.	Заболевание почек		
17.	Заболевание печени/желтуха		
18.	Проблемы с щитовидной и околощитовидной железой		
19.	Диабет		
20.	Нарушение пищеварительной системы (гастроэнтерит бактериальный, гастрит, язва желудка или двенадцатиперстной кишки)		
21.	Остеопороз/остеопения (прием бисфосфонатов)		
22.	Артрит		
23.	Аутоиммунные заболевания (ревматоидный артрит)		
24.	Контактные линзы		
25.	Травмы головы или шеи		
26.	Эпилепсия, судороги, припадки		
27.	Неврологические проблемы, синдром дефицита внимания		
28.	Вирусные инфекции (герпес/гепатит ___ тип гепатита)		
29.	ВИЧ/СПИД		
30.	Опухоли или новообразования на теле, любые новообразования в полости рта		
31.	Лучевая терапия, химиотерапия/иммуносупрессант		
32.	Психологические, эмоциональные проблемы, депрессия, психиатрическое лечение		
33.	Прием антидепрессантов		

34.	Алкоголизм/наркотическая зависимость		
35.	В настоящее время проводится ли вашему ребенку какое-либо лечение?		
36.	Принимает ли ваш ребенок препараты, регулирующие вес?		
37.	Принимает ли ваш ребенок пищевые добавки?		
38.	Есть ли у вашего ребенка чувство повышенной усталости, сонливости?		
39.	Часто ли у вашего ребенка головные боли?		
40.	Ваш ребенок курит или курил? Сколько?		
41.	Есть ли у вашего ребенка повышенная раздражительность?		
42.	Есть ли у вашего ребёнка проблемы с височно-нижнечелюстным суставом (боль, щелчки, ограничение открывания рта)?		
43.	Есть ли у вашего ребёнка болезненность или кровоточивость дёсен во время еды, чистки зубов?		
44.	Есть ли у вашего ребёнка неприятный привкус/жжение во рту? Неприятный запах изо рта?		
45.	Есть ли у вашего ребёнка привычки грызть ногти, держать зубами предметы?		

Опишите любое текущее или предстоящее медицинское лечение, хирургическое вмешательство или другие лечебные процедуры, которые могут повлиять на стоматологическое лечение вашего ребенка:

Список медикаментов, витаминных препаратов, которые ваш ребенок принимал за последние полгода:

Название лекарства	Цель приема

С какого возраста начали чистить ребенку зубы? _____

Сколько раз в день Ваш ребенок чистит зубы? _____

Какие зубные пасты вы покупаете для вашего ребенка? _____

Как настроен ваш ребенок на посещение стоматолога _____

Интересы ребенка? (занятия спортом, танцы, рисование, игры) * _____

Какие мультфильмы любит смотреть? * _____

* Информация не медицинского характера будет использоваться в предварительной беседе для лучшей адаптации ребенка к врачу

Пациент: _____ / _____ /
(подпись) (ФИО)

Врач: _____ / _____ /
(подпись) (ФИО)

ОБНОВЛЕНО:

Дата	Изменившиеся данные	Подпись

ВРЕМЯ РАБОТЫ:
ежедневно с 9.00 до 21.00

stomionclinic.ru
stomionclinic@gmail.com