

### ДЕТСКАЯ АНКЕТА ЗДОРОВЬЯ на \_\_\_\_\_ год

ФИО ребенка: \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Отвечая на вопросы анкеты, необходимо **отметить** нужный вариант ответа «ДА» или «НЕТ».

Имеются/имелись ли у ребенка	ДА	НЕТ
Аллергические реакции на пищевые продукты <i>Если да, перечислить продукты</i> _____		
Аллергические реакции на лекарственные препараты <i>Если да, перечислить препараты</i> _____		
Нарушение свертываемости крови		
Потери сознания, судороги, эпилепсия		
Сахарный диабет <i>Если да, какого типа</i> _____		
Бронхиальная астма		
Заболевания кожи <i>Если да, перечислить</i> _____		
Заболевание сердца, наличие кардиостимулятора		
Проводились ли операции или переливание крови <i>Если да, то какие</i> _____		
Инфекционные заболевания: гепатиты: А, В, С; ВИЧ ( <i>подчеркнуть</i> )		
Туберкулез		
Онкологические заболевания либо проведенная ранее лучевая/химиотерапия ( <i>подчеркнуть</i> )		
Появления герпеса («простуды») на губах _____ раз в год		
Наличие регулярно принимаемых лекарственных препаратов <i>Если да, перечислите препараты:</i> _____		
Сколько раз в сутки проводится гигиена полости рта _____		
Периодическое появление язвочек в полости рта		
Бруксизм (скрежетание зубами)		
Наличие болей, щелканья в нижнечелюстном суставе		
Проводите ли вы плановую вакцинацию		
Был ли опыт введения анестезии на стоматологическом приеме		
Состоит ли ребенок на диспансерном учете <i>Если да, укажите специалистов, у которых наблюдается:</i> _____		
Дополнительная информация о здоровье:		

Температура тела \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ г. Подпись Законного представителя: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)