



Приложение к договору на оказание платных медицинских услуг

от « ___ » _____ 20__ г. в ООО «НИКОР - ___»

Анкета о здоровье пациента(ребенка)

Дорогие родители! Пожалуйста, ответьте на нижеследующие вопросы о состоянии здоровья Вашего ребенка как можно точнее. Данная информация необходима врачу, так как процесс лечения и его ближайшие и отдаленные результаты могут быть связаны с заболеваниями различных органов и систем, приемом лекарств, физиологическими особенностями организма. Предоставленная Вами информация крайне важна для грамотного и безопасного лечения Вашего ребенка.

Мы гарантируем, что сведения, указанные Вами в анкете, являются строго конфиденциальными и будут использованы только в целях лечения и профилактики.

Фамилия Имя Отчество ребенка _____

1.	Дата рождения ребенка _____, возраст _____ лет, рост _____ см, вес _____ кг.		
2.	Возникали ли осложнения во время беременности? Если да, то какие _____	ДА	НЕТ
3.	Были ли осложнения во время родов? Если да, то какие _____	ДА	НЕТ
4.	Грудное вскармливание/смеси на момент лечения Если да, то какие, количество приемов в сутки? _____	ДА	НЕТ
5.	Были ли серьезные заболевания на 1-м году жизни? Если да, то какие _____	ДА	НЕТ
6.	Привит ли Ваш ребенок	Да, по календарю	Да, по индивидуальному графику
7.	Есть ли у ребенка в настоящее время или были в прошлом заболевания/состояния из перечисленного списка:		
	Вич(спид), туберкулез _____	ДА	НЕТ
	Хромосомные, генетические заболевания _____	ДА	НЕТ
	Заболевания желудочно-кишечного тракта _____	ДА	НЕТ
	Заболевания печени (гепатит, желтуха, и т.п.) _____	ДА	НЕТ
	Заболевания глаз _____	ДА	НЕТ
	Заболевания сердца, сосудов, нарушение сердечного ритма, есть ли имплантированные устройства (какие) _____	ДА	НЕТ
	Заболевания моче-выделительной системы (пиелонефрит, почечная недостаточность, мочекаменная болезнь и т.п.) _____	ДА	НЕТ
	Заболевания органов эндокринной системы (сахарный диабет и т.п.) _____	ДА	НЕТ
	Заболевания крови и нарушения свертываемости (лейкоз, анемия, частые кровотечения, склонность к гематомам)	ДА	НЕТ
	Болезни органов дыхания (пневмония, бронхиальная астма, хронический бронхит и т.п.) _____	ДА	НЕТ
	Заболевания нервной системы (эпилепсия, судороги, черепно-мозговые травмы, мышечная слабость, инсульт и т.п.) _____	ДА	НЕТ
	Психические расстройства	ДА	НЕТ
8.	Есть ли у ребенка другие заболевания? Если да, то какие _____	ДА	НЕТ
9.	Какие инфекционные заболевания (корь, ветряная оспа, скарлатина и т.п.) перенес ребенок? Если да, то какие _____	ДА	НЕТ

10.	Частые респираторные заболевания (простудные). Пневмонии, Бронхиты Если да, то сколько раз в год, лечение? _____	ДА	НЕТ
11.	Были ли у ребенка травмы/операции/госпитализации: Если да, то какие _____	ДА	НЕТ
12.	Были ли какие-либо осложнения во время или после операций? Если да, то какие _____	ДА	НЕТ
13.	Переносил ли ребенок наркозы? Если да, то были ли проблемы связанные с наркозом, какие? _____	ДА	НЕТ
14.	Вводились ли ребенку препараты донорской крови? Если да, то известно ли вам об осложнениях с этим связанные (покраснение места установки, тромбоз сосуда)? _____	ДА	НЕТ
15.	Устанавливались ли катетеры в центральные вены Если да, то какие _____	ДА	НЕТ
16.	Принимает ли Ваш ребенок в настоящее время какие-либо лекарственные препараты? Если да, то какие, когда и кем назначены? _____	ДА	НЕТ
17.	Принимал ли ребенок антибиотики за 6 месяцев до данной госпитализации? Если да, то какие, когда и кем назначены? _____	ДА	НЕТ
18.	Бывают ли у ребенка аллергические реакции (на лекарства, анестезию, продукты питания, бытовую химию и т.п.)? Если да, то: – на что бывает аллергия _____	ДА	НЕТ
	– как она проявляется (покраснение, сыпь, зуд, отек слезотечение, анафилактический шок и др.) _____		
	– время последней аллергической реакции: _____		
19.	Есть ли у ребенка подвижные зубы, стоматологические съемные аппараты, приспособления?	ДА	НЕТ
20.	Есть ли у ребенка страх врачей, клиник, незнакомых людей?	ДА	НЕТ
21.	Есть ли особенности развития и поведения, о которых нам важно знать? Если да, то какие _____	ДА	НЕТ
22.	Какой у вашего ребенка любимый мультфильм/герой? _____		
23.	Дополнительно о состоянии здоровья моего ребенка хочу сообщить следующее: _____ _____ _____		

Я, нижеподписавшийся(аяся) _____
(фамилия, имя, отчество родителя или иного законного представителя)

правильно ответил(а) на все вопросы анкеты и осознаю, что сведения о состоянии здоровья ребенка необходимо обновлять с периодичностью 1 раз в половину года.

Дата “ ____ ” _____ 20____ г.

_____ / _____ /
подпись / расшифровка