

Последующая информация является важной для проведения эффективно-стоматологического лечения в соответствии с состоянием здоровья Вашего ребенка. Вам необходимо дать ответы на все вопросы. Если вопрос непонятен или Вы не уверены в ответе, обсудите этот вопрос с врачом. Неполная или неправильная информация может повредить здоровью Вашего ребенка.



1. Находится ли Ваш ребенок в настоящее время под наблюдением врача?
Если "Да", то укажите причину да нет

2. Принимает ли Ваш ребенок в настоящее время какие-либо лекарственные препараты? Если "Да", то перечислите наименования да нет

3. Посещает ли Ваш ребенок в настоящее время какие-либо процедуры (массаж, ванны, грязи, физиотерапия)? Если "Да", то перечислите да нет

4. Если Ваш ребенок лечится в настоящее время (лечился ранее) или Вы имеете информацию или подозреваете наличие у Вашего ребенка следующих заболеваний и состояний, дайте краткое описание:

<ul style="list-style-type: none"> • сердечно-сосудистые заболевания <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет • желудочно-кишечные заболевания <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет • повышенное (пониженное) кровяное давление <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет • повышенная кровоточивость, анемия, несвертываемость крови, переливание крови <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет • астма, туберкулез, сезонная аллергия <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет • доброкачественные, злокачественные опухоли, радиологическое лечение, химиотерапия <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет • диабет <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет • гепатит, желтуха <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет • заболевание почек и мочевыводящих путей <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет 	<ul style="list-style-type: none"> • заболевания щитовидной железы <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет • паралич, парез, конвульсии, обмороки, потеря сознания <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет • артрит <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет • венерические заболевания или СПИД <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет • травмы головы или шеи, автомобильные аварии, хирургические операции <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет • лечение височнонижнечелюстного сустава <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет • имеются ли у Вашего ребенка другие проблемы со здоровьем, о которых Вам известно? Если "Да", то какие <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5. Наблюдалось ли у Вашего ребенка во время последнего стоматологического лечения аллергическая реакция, продолжительное кровотечение, какие-либо другие осложнения? Если "Да" то какие да нет

Я удостоверяю, что все перечисленные выше ответы правильны и корректны. Если в состоянии здоровья моего ребенка произойдут изменения, я обязательно проинформирую об этом своего стоматолога в следующее посещение. Даю свое согласие на проведение диагностики с использованием компьютерного визиографа (рентгенологические снимки).

**СЛЕДУЮЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПОМОЖЕТ ВРАЧУ СОСТАВИТЬ ЛЕЧЕБНЫЙ ПЛАН
В СООТВЕТСТВИИ С ВАШИМИ ОЖИДАНИЯМИ:**

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Причина обращения в клинику: <ul style="list-style-type: none"> • Нужна полная санация • Необходимо решить конкретную стоматологическую проблему • Комплексное стоматологическое лечение Свой вариант _____ | <ol style="list-style-type: none"> 2. Что для Вас особенно важно? <ul style="list-style-type: none"> • Быстрота • Эстетика • Функциональность • Комплексное стоматологическое лечение Свой вариант _____ |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Дата

Подпись