

### Дорогие родители!

Просим Вас уделить немного времени заполнению этой Анкеты. Предоставленная Вами информация крайне важна для грамотного и безопасного лечения Вашего ребенка.

**Фамилия Имя Отчество ребенка** \_\_\_\_\_

**Дата рождения ребенка** \_\_\_\_\_

1. Возникали ли осложнения во время беременности? .....  Да  Нет

Если да, то какие? \_\_\_\_\_

2. Были ли осложнения во время родов?.....  Да  Нет

Если да, то какие? \_\_\_\_\_

3. Были ли серьезные заболевания на 1-м году жизни?.....  Да  Нет

Если да, то какие? \_\_\_\_\_

4. Привит ли Ваш ребенок?

Да, по календарю

Да, по индивидуальному графику

Нет

5. Есть ли у ребенка в настоящее время или были в прошлом такие заболевания/состояния:

Заболевания желудочно-кишечного тракта

Заболевания сердца

Заболевания почек

Заболевания органов эндокринной системы

Заболевания крови

Болезни органов дыхания

Заболевания нервной системы

6. Какие инфекционные заболевания (корь, ветряная оспа, скарлатина и т.п.) перенес ребенок?

\_\_\_\_\_

7. Были ли у ребенка травмы/операции/госпитализации: .....  Да  Нет

Если да, то какие? \_\_\_\_\_

8. Принимает ли Ваш ребенок в настоящее время какие-либо лекарственные препараты?.....  Да  Нет

Если да, то какие? \_\_\_\_\_

Бывают ли у ребенка аллергические реакции? .....  Да  Нет

**Если да, то:**

- на что бывает аллергия \_\_\_\_\_

- как она проявляется (покраснение, сыпь, зуд, отек слезотечение, анафилактический шок и др.)

\_\_\_\_\_

- время последней аллергической реакции: \_\_\_\_\_

9. Есть ли у ребенка страх врачей, клиник, незнакомых людей?.....  Да  Нет

10. Есть ли особенности развития и поведения, о которых нам важно знать? .....  Да  Нет

Если да, какие: \_\_\_\_\_

11. Какой у вашего ребенка любимый мультфильм/герой?

\_\_\_\_\_

12. Дополнительно о состоянии здоровья моего ребенка хочу сообщить следующее:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. Ваш адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

14. Кого мы можем благодарить за рекомендацию нашей клиники?

Имя \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

Я, нижеподписавшийся(ая) \_\_\_\_\_

(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