



Стоматологическая клиника "ВитАрт"
Адрес: Большой Дровяной переулок д.18
<http://www.vitart-stom.ru>, info@vitart-stom.ru
+7 (495) 698-00-98, +7 (495) 698-02-09

Успешность стоматологического лечения может зависеть от наличия степени развития общих заболеваний организма. Вот почему врачу важны сведения о состоянии здоровья Вашего ребенка. Они помогут правильно составить план лечения, дать обоснованные гарантии на выполненную работу.
Сообщаемые Вами данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

АНКЕТА ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

(заполняется собственноручно представителем ребенка)

О здоровье своего ребенка (ФИО ребенка и год рождения) Patient\

сообщаю следующее:

Последнее посещение врача стоматолога _____
(указать месяц и год)

(Отвечая на вопросы анкеты, нужно давать ответ ДА или НЕТ по каждому пункту).

БЫЛИ ЛИ У РЕБЕНКА: ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
Заболевания сердца	ДА	НЕТ
Заболевания сосудов	ДА	НЕТ
Повышается или понижается артериальное давление	ДА	НЕТ
Бывает ли головокружение, потеря сознания, одышка и т.д. при введении анестетиков или др. лекарственных препаратов	ДА	НЕТ
Заболевания крови	ДА	НЕТ
Заболевания печени	ДА	НЕТ
Заболевания почек	ДА	НЕТ
Сахарный диабет	ДА	НЕТ
Заболевания щитовидной, паращитовидной железы, др. желез	ДА	НЕТ
Эпилепсия и др. заболевания центральной и периферической нервной системы	ДА	НЕТ
Заболевания легких	ДА	НЕТ
Бронхиальная астма	ДА	НЕТ
Заболевания кожи	ДА	НЕТ
Нейродермит	ДА	НЕТ
Заболевания костной системы, суставов	ДА	НЕТ
Постоянные или периодические приемы лекарственных препаратов	ДА	НЕТ
Проводилось ли лечение заболеваний за прошедшие дни, недели, месяцы	ДА	НЕТ
Состоит ли на учете в лечебном учреждении	ДА	НЕТ
Проводилось ли исследование на СПИД	ДА	НЕТ
Инфекционные заболевания	ДА	НЕТ
Заболевания желудочно-кишечного тракта	ДА	НЕТ
А также сообщая, что ранее имели место:		
Сотрясение головного мозга	ДА	НЕТ
Травмы	ДА	НЕТ
Операции	ДА	НЕТ
Другие заболевания	ДА	НЕТ
Бруксизм (ночное скрежетание зубами)	ДА	НЕТ
Заболевания глаз	ДА	НЕТ
Заболевания ЛОР органов (уха, горла, носа)	ДА	НЕТ
Заболевания гайморовых пазух	ДА	НЕТ



Стоматологическая клиника "ВитАрт"
Адрес: Большой Дровяной переулок д.18
<http://www.vitart-stom.ru>, info@vitart-stom.ru
+7 (495) 698-00-98, +7 (495) 698-02-09

Проводились ли инъекции (внутримышечные, подкожные и др.) за последние 6 месяцев	ДА	НЕТ
Грибковые заболевания (были, есть)	ДА	НЕТ
Нарушение свертываемости крови	ДА	НЕТ
Глаукома (повышение внутриглазного давления)	ДА	НЕТ
Были ли (или есть) грибковые заболевания	ДА	НЕТ
Были ли язвы полости рта	ДА	НЕТ
Была ли длительная необъяснимая лихорадка	ДА	НЕТ
Бывают ли длительные боли в горле или затрудненное глотание	ДА	НЕТ
Постоянно увеличены лимфатические узлы (железы)	ДА	НЕТ
Периодически появляются багровые или красные участки на коже, сыпь	ДА	НЕТ
Беспричинные головные боли	ДА	НЕТ
Периодическая или постоянная сухость во рту	ДА	НЕТ
Нарушение свертываемости крови	ДА	НЕТ
Проводились ли переливания крови (когда)	ДА	НЕТ
Проводилась ли лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет	ДА	НЕТ
Рахит	ДА	НЕТ
Удаление миндалин	ДА	НЕТ
Было ли обморочное состояние у ребенка при лечении зубов когда-либо?	ДА	НЕТ
Последнее общемедицинское обследование проводилось в _____ году		
ЕСТЬ ЛИ АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ?		
* на местные анестетики	ДА	НЕТ
* на антибиотики	ДА	НЕТ
* на сульфанилимиды	ДА	НЕТ
* на препараты йода	ДА	НЕТ
* на гормональные препараты	ДА	НЕТ
* на другие лекарственные препараты	ДА	НЕТ
* на пыльцу и растения	ДА	НЕТ
* на пищевые продукты	ДА	НЕТ
* на шерсть животных	ДА	НЕТ
* на другие вещества (если да, в строчке ниже напишите – какие)	ДА	НЕТ
Прием антибиотиков, других лекарственных средств матерью во время кормления ребенка грудью	ДА	НЕТ

Я искренне ответил(а) на пункты анкеты. Дополнительно хочу сообщить о состоянии здоровья ребенка следующее:

- Мне известно, что сведения о состоянии здоровья надо периодически обновлять не реже 1 раза в год.
- Мне известно, что результаты лечения зависят от состояния здоровья ребенка.
- Мне известно, что гарантии на каждую выполненную Исполнителем работу будут определяться лечащим врачом с учетом здоровья ребенка индивидуально в каждом случае.



Стоматологическая клиника "ВитАрт"
Адрес: Большой Дровяной переулок д.18
<http://www.vitart-stom.ru>, info@vitart-stom.ru
+7 (495) 698-00-98, +7 (495) 698-02-09

- Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов моим ребенком перед посещением стоматолога, мне надо обязательно сообщать об этом врачу до начала лечения.

В случае сопровождения ребёнка не его законными представителями, обязуюсь оформить на них Доверенность с правом подписывать за меня документы, связанные с лечением моего ребенка, в том числе договор, план лечения, информированное согласие на лечение, гарантийный талон, приложения к договору об оказании платных медицинских услуг, оплачивать оказанные услуги, а также выполнять все иные действия, связанные с выполнением настоящего поручения. Давая доверенность, я несу полную ответственность за последствия передоверия всех решений, связанных со здоровьем ребенка третьему лицу, указанному в доверенности.

" ____ " _____ 20 ____ г.

ФИО и подпись представителя ребенка

_____ (_____)

УВАЖАЕМЫЕ РОДИТЕЛИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ ПАЦИЕНТОВ!

- В соответствии со статьей 20 Федерального закона РФ от 21.11.2011 N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» необходимым условием на медицинское вмешательство является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя.
- В соответствии с частью 4, п.28 Постановления Правительства РФ от 04.10.2012 N1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия.
- В соответствии с N323-ФЗ статья 20 (ч.2, п.2.), статья 54 (ч.2) информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство дает один из родителей или иной законный представитель в отношении несовершеннолетнего, не достигшего возраста пятнадцати лет.
- Для подтверждения лицу, представляющему интересы несовершеннолетнего пациента «законности своего представительства» достаточно предъявить документ, подтверждающий, что они являются родителями или опекунами (Статья 64, Семейный кодекс РФ). Для этого нужно предъявить документ, удостоверяющий личность одного из родителей (опекуна) и свидетельство о рождении ребенка. Эти документы в оригинале необходимо иметь при первичном обращении за медицинской помощью.
- Законным представителем несовершеннолетнего может быть любой человек (бабушки, дедушки, тети, дяди и пр.), которому родители или опекуны несовершеннолетнего выдали письменную доверенность на представительство интересов. Доверенность не требует нотариального заверения (ГК РФ, статья 185).
- В доверенности должны быть обязательно указаны цель «доверия» - подписание договора на оказание платных медицинских услуг, приложений к договору, плана лечения, информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, ФИО и паспортные данные родителей, ФИО и дата рождения несовершеннолетнего, ФИО и паспортные данные кому доверяют.
- В случае оказания мед.помощи несовершеннолетнему в соответствии со статьей 4 (п.4) предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина допускается для информирования одного из его родителей или иного законного представителя.



Стоматологическая клиника "ВитАрт"
Адрес: Большой Дровяной переулок д.18
<http://www.vitart-stom.ru>, info@vitart-stom.ru
+7 (495) 698-00-98, +7 (495) 698-02-09

- В соответствии со статьей 20. (ч.9, п. 1.) медицинское вмешательство без согласия несовершеннолетнего, одного из родителей или иного законного представителя допускается, если вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни с последующим уведомлением руководителя медицинской организации, одного из родителей или иного законного представителя лица.
- Согласие на медицинское вмешательство дается только родителями!!! несовершеннолетнего или его законными представителям, что подтверждается простой письменной доверенностью.