



## Медицинская анкета

Пожалуйста, заполните эту анкету анамнеза полностью. Ваша информация поможет нам обеспечить максимально качественный уход и медицинское обслуживание для вашего ребенка. Все данные будут строго конфиденциальны.

### ИНФОРМАЦИЯ О РЕБЕНКЕ

Фамилия:	Имя:
Дата рождения:	Место рождения:
Пол: <input type="checkbox"/> м <input type="checkbox"/> ж	Адрес:

### ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ РЕБЕНКА

Посещал ли ваш ребенок ранее другую педиатрическую клинику?

Да  Нет (Если да, пожалуйста укажите причину смены.)

Это ваш первый ребенок?

Да  Нет (Если нет, укажите количество других детей.)

Прошла ли беременность без осложнений?

Да  Нет (Если нет, пожалуйста, поясните.)

Были ли осложнения при родах?

Да  Нет (Если да, поясните.)

Были ли у ребенка госпитализации или операции?

Да  Нет (Если да, укажите причину и дату.)

Есть ли у ребенка аллергии или непереносимости? (например пищевые, лекарственные)

Да  Нет (Если да, какие?)

Есть ли у ребёнка какие-либо заболевания или хронические симптомы?

Да  Нет (Если да, какие?)

---

Принимает ли ребенок регулярно какие-либо лекарства?

Да  Нет (Если да, какие?)

---

Проведены ли все рекомендованные прививки? (в соответствии с рекомендациями STIKO)

Да  Нет

---

## ДАННЫЕ О РОДИТЕЛЯХ

**Мать ребёнка:**

Имя и фамилия:	Национальность:
Дата рождения:	Эл. почта:
Профессия:	Номер телефона:

**Отец ребёнка:**

Имя и фамилия:	Национальность:
Дата рождения:	Эл. почта:
Профессия:	Номер телефона:

Есть ли в семье наследственные заболевания? (диабет, астма, рак и т.д.)

Да  Нет (Если да, какие?)

---

Есть ли курящие в вашем доме или рядом с ребёнком?

Да  Нет

---

**Согласие:**

Если вы не являетесь на плановый профилактический осмотр и не отменяете запись минимум за 24 часа, мы оставляем за собой право взимать **штраф в размере 25 евро**. Мы можем предложить максимум три записи. Если последний визит также пропущен, дальнейшие записи на данный профилактический осмотр не будут предоставляться.

**В нашей клинике принимаются только пациенты, чьи дети вакцинированы согласно текущим рекомендациям STIKO. Подписываясь ниже, мы подтверждаем ознакомление и согласие с этим.**

Место и дата

Подпись законного представителя