



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