

ANKIETA STOMATOLOGICZNA DZIECKA

Nazwisko i imię dziecka :

PESEL :

Data urodzenia :

Adres zamieszkania:.....

Telefon kontaktowy i adres e-mail:.....

1.Czy dziecko boi się leczenia stomatologicznego ? Proszę określić w skali 1-10

2.Czy obecnie odczuwa ból i dyskomfort? Tak/Nie

3.Czy dziecko przechodziło poważne choroby? Tak(jakie?) /Nie

4.Czy dziecko było hospitalizowane? Tak/Nie

5.Czy dziecko kiedykolwiek było znieczulane ogólnie/miejscowo? Tak/Nie.....

6.Czy dziecko miało poważne urazy? Tak (jakie?)/Nie

7.Czy dziecko objęte jest stałą lekarską opieką specjalistyczną z powodu choroby przewlekłej (np.alergologicznej, kardiologicznej, endokrynologicznej, cukrzyca, padaczka itp.)?

Tak (jakiej/ z jakiego powodu?)/ Nie

8.Czy dziecko przyjmuje leki na stałe? Tak (jakie?)/ Nie

9.Czy dziecko jest uczulone na jakiegokolwiek leki? Tak (jakie?)/ Nie

10.Czy dziecko jest szczepione zgodnie z kalendarzem szczepień? Tak/Nie.....

11.Czy dziecko było szczepione przeciwko WZW typu B? Tak/Nie.....

12.Czy u dziecka występuje przedłużone krwawienie po skaleczeniach/zabiegach u dentysty?
Tak/Nie.....

13.Czy u dziecka występuje skłonność do powstawania siniaków po urazach? Tak/Nie.....

14.Czy dziecko było wcześniej objęte leczeniem stomatologicznym? Tak/Nie.....

15.Czy dziecko ma wcześniejsze, przykre doświadczenia związane z wizytą u stomatologa?
Tak/Nie.....

16.Czy dziecko jest objęte leczeniem ortodontycznym? Tak/Nie

.....
data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem opiekunem faktycznym/przedstawicielem ustawowym małoletniego

.....
(imię, nazwisko oraz numer PESEL małoletniego)

.....
data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

.....
numer PESEL opiekuna faktycznego / przedstawiciela ustawowego

ZGODA NA BADANIE STOMATOLOGICZNE DZIECKA

Oświadczenie Rodziców

Nazwisko i imię dziecka :

PESEL :

Ja niżej podpisana(-ny) wyrażam zgodę na badanie stomatologiczne u mojego dziecka.

Ja niżej podpisana(-ny) wyrażam zgodę na zabiegi profilaktyczne u mojego dziecka - mechaniczne oczyszczenie zębów oraz zastosowaniu preparatów remineralizujących na bazie fluoru lub hydroksyapatytu wapnia wzmacniających szkliwo i zapobiegających rozwojowi próchnicy.

Oświadczam, że nie będę wnosił(-ła) roszczeń dotyczących leczenia w przypadku braku podpisu drugiego z rodziców (opiekuna prawnego).

.....
data i podpis rodzica / opiekuna prawnego