

Bun venit la DENT ESTET 4 Kids!

Vă rugăm să ne acordați câteva minute pentru completarea acestui formular. Siguranța copilului dvs. depinde de completarea corectă a acestui document.

FIȘA MEDICALĂ A COPILULUI

| Informații despre copil | |
|----------------------------------|---|
| Nume _____ | Prenume _____ |
| Data nașterii ____ / ____ / ____ | Vârsta _____ Sex ____ CNP _____ |
| Adresa: Str. _____ | Nr. _____ Bl. _____ Sc. _____ Ap. _____ Sect. _____ |
| Județ _____ | Oraș _____ Cod Poștal _____ |
| Școala / Grădinița _____ | Clasa / Grupa _____ |

| Informații despre părinți | |
|----------------------------------|---|
| Mama / Tata: | |
| Nume _____ | Prenume _____ |
| Data nașterii ____ / ____ / ____ | B.I./C.I. Seria _____ Nr. _____ CNP _____ |
| Adresa E-mail*: _____ | Telefon Mobil _____ |

*Completarea adresei de mail semnifică acordul dvs. în vederea primirii materialelor informative din partea DENT ESTET

*Vă rugăm precizați numele persoanei care însoțește copilul (membru al familiei, tutore, etc.)

Vă rugăm menționați următoarele:

Medicul pediatru al copilului: Nume _____ Prenume _____

Contact (adresa, telefon sau E-mail) _____

Data cu aproximație a ultimului control la medicul de familie _____

Copilul Dvs. a fost spitalizat în ultimele 12 luni? Da Nu

Dacă DA, vă rugăm să detaliați motivele

Istoricul medical general

A prezentat copilul dvs. un sau mai multe dintre următoarele stări patologice?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Afecțiuni cardiace | <input type="checkbox"/> Astm bronșic | <input type="checkbox"/> HIV / SIDA |
| <input type="checkbox"/> Afecțiuni cerebrale | <input type="checkbox"/> Autism | <input type="checkbox"/> Intervenții chirurgicale |
| <input type="checkbox"/> Afecțiuni endocrine | <input type="checkbox"/> Boli ale sângelui | <input type="checkbox"/> Leucemie |
| <input type="checkbox"/> Afecțiuni hepatice | <input type="checkbox"/> Chimio / Radioterapie | <input type="checkbox"/> Rahitism |
| <input type="checkbox"/> Afecțiuni renale | <input type="checkbox"/> Convulsii / Epilepsie | <input type="checkbox"/> Retard mintal |
| <input type="checkbox"/> Afecțiuni respiratorii | <input type="checkbox"/> Despicățuri ale buzei | <input type="checkbox"/> Sifilis |
| <input type="checkbox"/> Alergii: | <input type="checkbox"/> Despicățuri ale palatului | <input type="checkbox"/> Stăricanceroase |
| <input type="checkbox"/> alimentare | <input type="checkbox"/> Diabet | <input type="checkbox"/> Stări de lipotimie |
| <input type="checkbox"/> la medicamente | <input type="checkbox"/> Hemofilie | <input type="checkbox"/> TBC |
| <input type="checkbox"/> la latex | <input type="checkbox"/> Anomalii congenitale | <input type="checkbox"/> Deficiențe de coordonare locomotorie |
| <input type="checkbox"/> Anemii | <input type="checkbox"/> Tulburări de coagulare | |

Copilul a fost sau se află în acest moment sub tratament medicamentos? Da Nu

Dacă DA, vă rugăm detaliați _____

Copilul a suferit intervenții chirurgicale cu anestezii locale / generale? Da Nu

Dacă DA, vă rugăm detaliați _____

Copilului i s-au făcut vaccinările obligatorii? Da Nu

Copilul a avut boli contagioase în antecedente? Da Nu

Dacă DA, vă rugăm detaliați _____

Copilul suferă frecvent de dureri de cap? Da Nu

Istoricul medical dentar

Este prima vizită în cabinetul stomatologic? Da Nu

Dacă NU, când a avut loc ultima vizită la medicul stomatolog? _____

A avut experiențe neplăcute în cabinetul stomatologic? Da Nu

Dacă DA, vă rugăm detaliați _____

Copilul a mai făcut radiografii dentare? Da Nu

A mai făcut anestezii locale dentare? Da Nu

Obiceiuri prezente

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> mușcarea / sugerea buzei | <input type="checkbox"/> respirație orală (pe gură) | <input type="checkbox"/> supravegheat la periaj |
| <input type="checkbox"/> roaderea unghiilor | <input type="checkbox"/> se periază în fiecare zi | Folosește: |
| <input type="checkbox"/> folosește încă biberonul | <input type="checkbox"/> a purtat/poartă aparat dentar | <input type="checkbox"/> pastă de dinți cu fluor |
| <input type="checkbox"/> sugerea degetelor | <input type="checkbox"/> primește suplimente de fluor | <input type="checkbox"/> ața dentară în fiecare zi |
| <input type="checkbox"/> adoarme/doarme cu degetul în gură | | <input type="checkbox"/> apă de gură fluorizată |

Referințe

Cum ați aflat despre clinica noastră?

- Medicul stomatolog Membrii familiei Prieteni Medicul pediatru
 Prezentare în cadrul școlii Pagină web Altă sursă _____

**Motivele
prezentării** _____

Sub-medicație

Certific că am citit și înțeles pe deplin cele de mai sus și declar că datele furnizate de mine sunt adevărate și complete și în același timp este de responsabilitatea mea de a informa medicul dentist despre orice modificare a stării de sănătate a copilului meu. Autorizez personalul medical al acestei clinici să întreprindă orice este necesar pentru asigurarea serviciilor de asistență medicală stomatologică copilului meu.

Data ___/___/_____

Certific și semnez,

Dreptul la intimitate și confidențialitate:

*DENT ESTET are principii ferme în ceea ce privește respectarea drepturilor de confidențialitate ale pacienților. Datele dumneavoastră de contact precum și istoricul medical al copilului dvs., sunt folosite doar în scopul elaborării unor programe de tratamente dentare cât mai eficiente. *Acele informații personale nu vor fi divulgate, vândute sau folosite de către o terță persoană.*

