«____» _____ 20___ года

Карта общего состояния здоровья ребенка

1.	**Имеет ли Пациент, или имел какие-либо из перечисленных заболеваний:**	**Ответы**	
а)	Ревматизм, сердечные заболевания, высокое кровяное давление	Да	Нет
б)	Аллергия или астма	Да	Нет
в)	Потеря сознания, припадки	Да	Нет
г)	Гепатит	Да	Нет
д)	Диабет	Да	Нет
е)	Опухоль (доброкачественная или злокачественная)	Да	Нет
2.	**Проводился ли тест на ВИЧ-инфицирование?**	Да	Нет
3.	**Имелась ли повышенная кровоточивость, связанная с удалением зуба, операцией, травмой?**	Да	Нет
4.	**Принимает ли Пациент постоянно какие-либо лекарства? Если да, то какие? (_____)**	Да	Нет
5.	**Имеются ли у Пациента сердечные датчики?**	Да	Нет
6.	**Наличие беременности у Пациента (девушки)**	Да	Нет
7.	**Особые отметки:**		

Заказчик предупрежден, что неправильная и неполная информация может нанести вред здоровью Пациента.

Я _____ даю согласие на
(ФИО)

проведение врачебного осмотра Пациента _____
(ФИО ребенка)

для постановки диагноза и в случае необходимости согласен(а) на проведение дополнительной диагностики.

ЗАКАЗЧИК: _____ ВРАЧ: _____
(подпись) (подпись)

==========

«Изменений в состоянии здоровья не произошло»

Дата	Подпись Заказчика	Подпись врача