

## МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА

(конфиденциально, для служебного пользования)

Полных лет на  
дату начала  
заезда:

## 1. Есть ли у ребенка хронические заболевания?

Если есть, подробно напишите какие, укажите частоту обострений, в какой стадии находится сейчас:

да  нет

2. Состоит ли ребенок на **диспансерном учете** в медицинских учреждениях?

Если да, то у каких врачей:

да  нет

### 3. Принимает ли ребенок **систематически** какие-либо лекарства?

3. Принимает ли розыск

да  нет

#### 4. Есть ли лекарства, которые **Вы принципиально не используете?**

1. Есть ли лекарства?

да  нет

## 5. Есть ли у ребенка **аллергические реакции**?

Если да, подробно укажите аллергены (лекарства, пыль, шерсть животных, пыльца растений, пищевые продукты и напитки, иное) и в чем заключается реакция:

□ да □ нет

6. Были ли у ребенка **травмы, хирургические операции** за последние 6 месяцев?

6. Были ли у ребенка травмы, хирургиче-

да  нет

#### 7. Есть ли у ребенка иные особенности здоровья?

7. Есть ли у ребенка иные особенности? Если есть, подробно напишите какие:

□ □ □ .NET

8. Получал ли ребенок **профилактические прививки от столбняка** в соответствии с национальным календарем прививок? Если нет, то по какой причине (медицинский отвод, принципиальная позиция родителей, иное):

да  нет

9. Пожалуйста, **подтвердите наличие/отсутствие** нижеперечисленных заболеваний и состояний Участника программы согласно перечням:

**(А). ПЕРЕЧЕНЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СОСТОЯНИЙ, ПРИ КОТОРЫХ УЧАСТИЕ В ДЕТСКИХ ПРОГРАММАХ ВОЗМОЖНО ТОЛЬКО ПО СОГЛАСОВАНИЮ С РУКОВОДИТЕЛЕМ И ДОКТОРОМ ПРОГРАММЫ**

Бронхиальная астма	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Эпилепсия	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Пороки сердца	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Вегетососудистая дистония	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Мочекаменная болезнь	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Энурез	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Сахарный диабет	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Онкологические заболевания	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Заболевания опорно-двигательного аппарата	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

Хроническая сердечная недостаточность	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Язвенная болезнь кишечного тракта	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Нефриты без почечной недостаточности	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Любые органические заболевания ЦНС	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Любые аномалии развития	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Любые заболевания крови	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Период менее 3-х месяцев после травм опорно-двигательного аппарата, черепно-мозговых и спинальных	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Период менее 3-х месяцев после любых хирургических операций	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

**(Б). ПЕРЕЧЕНЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ И СОСТОЯНИЙ, ПРИ КОТОРЫХ УЧАСТИЕ В ДЕТСКИХ ПРОГРАММАХ КП НЕВОЗМОЖНО**

Заразные кожные заболевания	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Паразитарные болезни (любые)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Нефриты с почечной недостаточностью	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Гемофилия	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

Инфекционные болезни в активной форме	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Любые заболевания в остром периоде	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Алкоголизм, наркомания, другие варианты токсикомании	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Психические заболевания (любые)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

## ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Я, \_\_\_\_\_, являемся \_\_\_\_\_, Фамилия, Имя, Отчество

законным представителем \_\_\_\_\_, Фамилия, Имя, Отчество ребенка

настоящим подтверждаю, что все сведения о состоянии здоровья Участника и иные имеющие значение данные, указанные мной в настоящей анкете, являются полными и достоверными. Ответственность за любые последствия, наступившие из-за предоставления мной неполных или недостоверных сведений о состоянии здоровья Участника или иных имеющих значение данных, ложится на меня.

Дата  .  .

Подпись \_\_\_\_\_