

АНКЕТА состояния здоровья пациента

Нижеследующая информация является крайне важной для оказания Вам медицинских услуг. Если вопрос непонятен или Вы не уверены в ответе, обсудите его с врачом. **Неполная или неправильная информация может причинить вред Вашему здоровью или отразиться на качестве предоставляемых медицинских услуг.** Мы гарантируем, что все предоставленные Вами сведения будут использованы только для выбора лечения и не будут доступны посторонним лицам. Отметьте, пожалуйста, галочкой положительный или отрицательный ответ.

Я _____, _____ года рождения сообщаю следующую информацию:
Ф.И.О.

Имеете ли Вы аллергию к лекарственным препаратам, пищевым продуктам? (если да, то к каким) _____	___ да	___ нет
Сердечно-сосудистые заболевания (если да, то какие?) _____	___ да	___ нет
Принимаете ли Вы антиагрегатные препараты (разжижающие кровь)?	___ да	___ нет
Находитесь ли Вы под наблюдением врача? (если да, какого) _____	___ да	___ нет
Лечитесь ли Вы от какого-либо заболевания (если да, какого) _____	___ да	___ нет
Принимаете ли Вы какие – либо лекарственные препараты? (если да, какие) _____	___ да	___ нет
Инфекционные заболевания (ВИЧ, СПИД, Гепатит (вид _____ год _____))	___ да	___ нет
Заболевания эндокринной системы (щитовидной железы, остеопороз)	___ да	___ нет
Сахарный диабет	___ да	___ нет
Желудочный рефлюкс	___ да	___ нет
Онкологические заболевания	___ да	___ нет
Состояли или состоите на учёте у психиатра?	___ да	___ нет
Ваше нормальное давление (по возможности укажите).		
Для женщин:		
Беременны ли Вы, подозреваете ли у себя беременность?	___ да	___ нет
Кормите ли Вы грудью в настоящее время?	___ да	___ нет

Хочу дополнительно сообщить о состоянии своего здоровья следующее _____

« _____ » _____ 20__ г. Подпись пациента (законный представитель): _____