

АНКЕТА ПАЦИЕНТА

(конфиденциально)

Неполная или неправильная информация может повредить Вашему здоровью!

Ф.И.О. (полностью): _____

Пол: М Ж Дата рождения: " " _____ г., лет: _____

Адрес места жительства: _____

Телефон: _____ Место работы, профессия: _____

Болели или болеете ли Вы: _____ нужное подчеркнуть

Сердечно-сосудистыми заболеваниями. Если Да, то какими именно:	Да	Нет
Заболеваниями эндокринной системы. Если Да, то какими именно:	Да	Нет
Гинекологическими или урологическими заболеваниями. Если Да, то какими именно:	Да	Нет
Глазными болезнями. Если Да, то какими именно:	Да	Нет
Бронхиальной астмой	Да	Нет
Онкологическими заболеваниями	Да	Нет
Мочекаменной болезнью	Да	Нет
Желчекаменной болезнью	Да	Нет
Язвенной болезнью желудка и/или двенадцатиперстной кишки	Да	Нет
Гепатитом	Да	Нет
СПИДом	Да	Нет
Сифилисом	Да	Нет
Туберкулезом	Да	Нет
Другими заболеваниями:	Какими?	
Имеете ли Вы какую либо аллергическую реакцию? Если Да, то какую и на что?	Да	Нет
Были ли у Вас когда-либо продолжительные кровотечения?	Да	Нет
Были ли у Вас когда-либо травмы, операции (какие и когда?)	Да	Нет
(Для женщин) Беременны ли Вы, подозреваете у себя беременность, кормите грудью?	Да	Нет
Курите ли Вы? Если Да, то сколько сигарет/пачек в день?	Да	Нет
Хотите ли Вы еще сообщить какую-либо информацию о себе?		

По мере возможности я ответил(а) на все вопросы точно, О любых изменениях состояния здоровья я сообщу моему врачу.

« _____ » _____ 201 _____ г. Подпись пациента _____