

АНКЕТА
состояния здоровья пациента

Нижеследующая информация является крайне важной для оказания Вам медицинских услуг. Необходимо дать полные и правильные ответы на все вопросы. 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 Вам сведения будут использованы только для выбора лечения и не будут доступны посторонним лицам. Отметьте, пожалуйста, галочкой положительный или отрицательный ответ.

Я _____ (ф.и.о.) сообщаю следующую информацию:

	20__ год		20__ год		20__ год	
Имеете ли Вы аллергию к лекарственным препаратам, пищевым продуктам? (если да, то к каким) _____	___ да	___ нет	___ да	___ нет	___ да	___ нет
Были ли у Вас когда-либо продолжительные кровотечения?	___ да	___ нет	___ да	___ нет	___ да	___ нет
Легко ли у Вас появляются синяки?	___ да	___ нет	___ да	___ нет	___ да	___ нет
Есть ли у Вас анемия, плохая свертываемость крови (нужное подчеркните), другие проблемы с кровью? (если да, то какие?) _____	___ да	___ нет	___ да	___ нет	___ да	___ нет
Находитесь ли Вы под наблюдением врача? (если да, какого) _____	___ да	___ нет	___ да	___ нет	___ да	___ нет
Лечитесь ли Вы от какого-либо заболевания (если да, какого) _____	___ да	___ нет	___ да	___ нет	___ да	___ нет
Были ли у Вас какие – либо осложнения после медицинского лечения? (если да, то какие) _____	___ да	___ нет	___ да	___ нет	___ да	___ нет
Страдаете ли Вы наследственным заболеванием?	___ да	___ нет	___ да	___ нет	___ да	___ нет
Принимаете ли Вы какие – либо лекарственные препараты? (если да, какие) _____	___ да	___ нет	___ да	___ нет	___ да	___ нет
Принимали ли Вы какие – либо лекарственные препараты за последние 24 часа? (если да, какие) _____	___ да	___ нет	___ да	___ нет	___ да	___ нет

Гепатит (вид _____ год _____)	___ да	___ нет	___ да	___ нет	___ да	___ нет
- Заболевания эндокринной системы(щитовидной железы, остеопороз)	___ да	___ нет	___ да	___ нет	___ да	___ нет
- Туберкулёз	___ да	___ нет	___ да	___ нет	___ да	___ нет
- Сердечно-сосудистые заболевания	___ да	___ нет	___ да	___ нет	___ да	___ нет
- Применяете ли Вы кардиостимулятор?	___ да	___ нет	___ да	___ нет	___ да	___ нет
- Сахарный диабет	___ да	___ нет	___ да	___ нет	___ да	___ нет
- Желудочный рефлюкс	___ да	___ нет	___ да	___ нет	___ да	___ нет
- СПИД	___ да	___ нет	___ да	___ нет	___ да	___ нет
- Онкологические заболевания	___ да	___ нет	___ да	___ нет	___ да	___ нет
- Другие заболевания (какие) _____	___ да	___ нет	___ да	___ нет	___ да	___ нет
Имеются ли у Вас ортопедические имплантаты (замена сустава)?	___ да	___ нет	___ да	___ нет	___ да	___ нет
Имеете ли Вы проблемы с дыханием или сном (апноэ во сне, храп, гайморита пазуха)	___ да	___ нет	___ да	___ нет	___ да	___ нет
Соблюдаете ли Вы диету или принимаете лекарственные препараты для контроля веса?	___ да	___ нет	___ да	___ нет	___ да	___ нет
В течение месяца Вам делали инъекцию, укол? _____	___ да	___ нет	___ да	___ нет	___ да	___ нет
Проводилось ли Вам переливание крови? (если да, то когда) _____	___ да	___ нет	___ да	___ нет	___ да	___ нет
Подвергались ли Вы хирургическим операциям? (каким именно) _____	___ да	___ нет	___ да	___ нет	___ да	___ нет
Состояли или состоите на учёте у психиатра?	___ да	___ нет	___ да	___ нет	___ да	___ нет
Ваше нормальное давление (по возможности укажите).						

Принимаете ли Вы алкоголь/периодический прием наркотиков (для развлечения) ?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Куриете ли Вы? Сколько сигарет в день? _____ Куриете ли Вы кальян?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> нет
Для женщин						
Беременны ли Вы, подозреваете ли у себя беременность?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет
Кормите ли Вы грудью?	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет	<input type="checkbox"/> да	<input type="checkbox"/> нет

Хочу дополнительно сообщить о состоянии своего здоровья следующее _____

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

« _____ » _____ 20__ г.

Подпись пациента (законный представитель): _____

« _____ » _____ 20__ г.

Подпись пациента (законный представитель): _____

« _____ » _____ 20__ г.

Подпись пациента (законный представитель): _____

Я понимаю, что сведения о состоянии здоровья надо периодически обновлять

« _____ » _____ 20__ г.

Подпись пациента: _____