



ОГРН	1	1	4	7	8	4	7	1	5	0	9	3	4
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Анкета пациента

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения _____

Место работы _____
профессия _____

Пол ___ М / Ж

Контактная информация:

Домашний _____

Мобильный _____

Если Вы желаете получать результаты медицинского обследования на электронную почту, то укажите адрес: _____

- 1) Находитесь ли Вы сейчас под наблюдением врача? _____
Если да, то укажите причины наблюдения: _____
- 2) Дата последнего врачебного осмотра: _____
- 3) Принимаете ли в настоящее время какое-либо (назначенное или не назначенное врачом) лекарство? _____ Если да, то укажите какое и причины приема _____
- 4) Пожалуйста, обведите заболевание, которое у Вас имеется или было раньше:

СПИД Глаукома Гайморит Болезни почек или печени Аллергия

Алкоголизм Повышенное АД Язвы Травмы головы/шеи Рак

Герпес Психические заболевания Анемия Астма Диабет Ревматизм

Заболевания сердца Инфекционный гепатит Венерические болезни

Болезни дых. системы Эпилепсия Мигрень Лекарственная/наркотическая зависимость

- 5) Другие заболевания (написать какие): _____
- 6) Операции (какие, год) _____
- 7) Имеется ли у Вас кардиостимулятор? _____
- 8) Было ли у Вас когда-либо продолжительное кровотечение после хирургического вмешательства? _____
- 9) Были ли у Вас необычные реакции на лекарства? _____
- 10) Есть ли у Вас другая информация, которая должна быть известна о Вашем здоровье? _____

Только для женщин:

Беременны ли Вы? _____

Кормите ли грудью? _____

Откуда вы узнали о нашей клинике:

- направил другой врач;
- по рекомендации родственников или знакомых;
- нашел (а) в интернете.

Дата заполнения _____

Подпись _____