АНКЕТА ДЛЯ ПАЦИЕНТА

(вкладыш в медицинскую карту)

ФИО (полностью)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Контактный номер телефона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Уважаемый пациент! Общие заболевания любого рода могут оказать влияние на лечение, поэтому, пожалуйста, заполните анкету внимательно! Она будет включена в Вашу медицинскую карту. Эти данные не подлежат разглашению и служат исключительно для подбора лечения с учетом общего состояния.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Есть ли у Вас сейчас или были ли ранее****следующие заболевания:** | **Нет** | **Есть** | **Были ранее, укажите дату** |
| Остеомиелит |  |  |  |
| Сахарный диабет |  |  |  |
| Инфаркт Миокарда  |  |  |  |
| Ишемическая болезнь сердца |  |  |  |
| Инсульт |  |  |  |
| Гипертония |  |  |  |
| Заболевания крови  |  |  |  |
| Заболевания печени  |  |  |  |
| Ревматоидный артрит, системная красная волчанка, болезнь Бехтерева, подагрический артрит |  |  |  |
| Заболевания почек  |  |  |  |
| Обмороки  |  |  |  |
| Астма |  |  |  |
| Варикозная болезнь сосудов |  |  |  |
| Заболевания щитовидной железы |  |  |  |
| Кожные заболевания |  |  |  |
| Хронические лор-заболевания |  |  |  |
| Онкология |  |  |  |
| Эпилепсия |  |  |  |
| ВИЧ  |  |  |  |
| Сифилис |  |  |  |
| Гепатит В  |  |  |  |
| Гепатит С  |  |  |  |
| Беременны ли Вы (для пациенток)  |  |  |  |
| Туберкулез |  |  |  |
| Психические заболевания |  |  |  |
| Вредные привычки (курение, алкоголь и др.) |  |  |  |
| Аллергия (при наличии укажите на что) |  |  |  |
| **Обследования «на руках» по данному обращению** на носителях (на диске/флэшке): Рентген, КТ, МРТ, УЗИ на бумаге |  |  |  |
| \*В ЦИТО обращаетесь за консультацией **(подчеркнуть)** | впервые | повторно |  |

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Достоверность данных подтверждаю: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

 Подпись расшифровка подписи