АНКЕТА ДЛЯ ПАЦИЕНТА

(вкладыш в медицинскую карту)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Уважаемый пациент! Общие заболевания любого рода могут оказать влияние на лечение, поэтому, пожалуйста, заполните анкету тщательно! 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 |
| Гипертония |  |  |  |
| Инфаркт Миокарда |  |  |  |
| Ишемическая болезнь сердца |  |  |  |
| Инсульт |  |  |  |
| Сахарный диабет |  |  |  |
| 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) |  |  |  |

Достоверность указанных данных подтверждаю:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись (расшифровка подписи)