|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Фамилия** |  | | |
| **Имя** |  | | |
| **Отчество** |  | | |
| **Дата рождения** |  | | |
| 1. Были ли у вас переломы? | | **Да** | **Нет** |
| 2.Были у Вас или есть в настоящее время онкологические заболевания? | | **Да** | **Нет** |
| 3.Курите ли вы? Если да, то как давно | | **Да** | **Нет** |
| **СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ** | | | |
| 1.Были у Вас или есть в настоящее время проблемы с сердцем? | | **Да** | **Нет** |
| 2.Повышенное артериальное давление? | | **Да** | **Нет** |
| 3.Головокружение? | | **Да** | **Нет** |

На процесс лечения у врача могут оказать влияние общие заболевания, поэтому просим Вас внимательно заполнить эту анкету. Мы гарантируем, что сведения, указанные Вами в анкете, будут использованы только для подбора лечения с учетом общего состояния Вашего здоровья и не будут доступны посторонним

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ** | | |
| 1.ВИЧ? | **Да** | **Нет** |
| 2.Гепатит С или другие формы гепатита? | **Да** | **Нет** |
| **СОСТОЯНИЕ ЭНДОКРИННОЙ И ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ** | | |
| 1.Страдаете ли Вы заболеванием Сахарный диабет? | **Да** | **Нет** |
| 2.Страдаете ли Вы заболеваниями щитовидной железы? | **Да** | **Нет** |
| **СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ** | | |
| 1.Бронхиальная астма? | **Да** | **Нет** |
| 2.Хроническое воспаление гайморовых пазух? | **Да** | **Нет** |
| Я ответил(а) на все пункты анкеты, хочу дополнительно сообщить о состоянии своего здоровья следующее \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Я знаю, что в случае приема лекарственных препаратов, должен(а) проинформировать об этом врача до начала консультации. ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата заполнения: « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. | | |