



## АНКЕТА ЗДОРОВЬЯ

Уважаемый пациент, врачу необходима информация о состоянии Вашего здоровья и перенесенных ранее заболеваниях. От этого будет зависеть выбор метода диагностики и лечения.

ФИО пациента \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Пожалуйста, отметьте заболевания, которые Вы перенесли ранее или болеете ими сейчас.

Инфаркт миокарда/стенокардия	Да	Нет
Инсульт	Да	Нет
Нарушение сердечного ритма	Да	Нет
Гипертоническая болезнь	Да	Нет
Бронхиальная астма	Да	Нет
Язвенная болезнь желудка/двенадцатиперстной кишки	Да	Нет
Хронический гепатит В/С	Да	Нет
ВИЧ-инфекция	Да	Нет
Эпилепсия	Да	Нет
Судороги	Да	Нет
Потери сознания	Да	Нет
Сахарный диабет	Да	Нет
Остеопороз	Да	Нет
Нарушения свертываемости крови	Да	Нет
Глаукома	Да	Нет
Ревматизм	Да	Нет
Тромбофлебит	Да	Нет
Онкологические заболевания	Да	Нет
Туберкулез	Да	Нет
Бруксизм	Да	Нет
Носите ли Вы кардиостимулятор?	Да	Нет
Проводилось ли Вам переливание крови?	Да	Нет
Есть ли у Вас аллергические реакции?	Да	Нет

Я подтверждаю достоверность сведений и готов своевременно извещать врача при появлении новых заболеваний.

Подпись пациента \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_