

Дорогие пациенты!

Пожалуйста, внимательно заполните эту анкету. Подробная информация о вашем здоровье очень важна для проведения грамотного и безопасного лечения.

Фамилия, имя, отчество пациента _____

Дата рождения _____

1. Есть ли у вас в настоящее время или были в прошлом такие хронические заболевания/состояния:

- Заболевания желудочно-кишечного тракта
- Заболевания сердца
- Заболевания почек
- Заболевания органов эндокринной системы
- Заболевания крови
- Болезни органов дыхания
- Заболевания нервной системы

2. Какие острые заболевания вы перенесли в прошлом?

3. Принимаете ли вы в настоящее время какие-либо лекарственные препараты? ДА НЕТ
если да, то какие _____

4. Есть ли у вас аллергические реакции? ДА НЕТ
если да, то на что бывает аллергия: _____

5. Дополнительно о состоянии моего здоровья хочу сообщить следующее:

6. Какой у вас любимый фильм/жанр музыки?

7. Укажите, пожалуйста, ваш адрес электронной почты: _____

8. Укажите, пожалуйста, ваш аккаунт Telegram для связи: _____

9. Кого мы можем благодарить за рекомендацию нашей клиники?

Имя _____ Телефон _____

Я, нижеподписавшийся(аяся) _____

(фамилия, имя, отчество пациента или законного представителя)

правильно ответил(а) на все вопросы анкеты и осознаю, что сведения о состоянии моего здоровья/здоровья моего ребенка необходимо обновлять с периодичностью 1 раз в полгода.

Дата «___» _____ 20___г.

(подпись)

(расшифровка)