Анкета о здоровье

С целью оценки возможных рисков при оказания медицинских услуг с учетом сведений о Вашем здоровье, а также определения наиболее оптимального плана лечения и прогнозирования дальнейших результатов, просим Вас внимательно ознакомиться и ответить на все вопросы анкеты.

Для этого необходимо поставить отметку - "V" в колонке «ДА» или «НЕТ» напротив каждого пункта. Все указанные Вами сведения составляют охраняемую законом врачебную тайну и не будут доступны третьим лицам. В графе "Комментарии" можно дополнительно акцентировать внимание на особенности Вашего состояния/протекания заболевания/лечения и иную информацию.

Ф.И.О._____

Дата рождения_____

Заболевание	ДА	НЕТ	КОММЕНТАРИИ
Заболевание сердца			
Инфаркт миокарда			
Инсульт			
Давление (повышенное, пониженное)			
Нарушение свертываемости крови			
Заболевания печени, почек			
Сахарный диабет			
Туберкулез			
Заболевания щитовидной, паращитовидной и др. желез			
Эпилепсия, другие заболевания центральной и периферической нервной системы			
Заболевания легких, бронхиальная астма			
СПИД			
Заболевания костной системы, суставов, кожи			
Наличие постоянно или периодически принимаемых лекарственных препаратов			
Проводилось ли лечение других заболеваний за прошедший месяц?			
Состоите ли Вы на учете в каком-либо лечебном учреждении?			
Инфекционные заболевания (гепатиты А, В, С и другое)			
Заболевания желудочного-кишечного тракта			
Заболевания ОРЗ, ОРВИ за прошедший месяц			
Имеется ли длительное увеличение каких-либо лимфатических узлов?			
Онкологические заболевания			
Проводилось ли переливание крови?			
Проводились ли инъекции в течении последних 6 месяцев?			
Проводилась ли лучевая терапия, химиотерапия в течении последних 6 месяцев?			
Наличие других, не отмеченных выше, заболеваний			
Беспокоят ли Вас симптомы повышенного потоотделения?			
Имеются ли аллергические реакции (на пищевые продукты, лекарства, хим. вещества, холод, ультрафиолет или др.)?			
Случаются ли одышка, головокружение, потеря сознания и т.п. при введении анестетиков или других лекарственных препаратов?			

Вопросы для пациенток	ДА	НЕТ	КОММЕНТАРИИ
Беременны ли Вы?			
Являетесь ли Вы кормящей матерью?			
Имеются ли нарушения менструального цикла, климакс?			
Принимаете ли Вы противозачаточные препараты?			
Наличие хронических интоксикаций			
Курение, прием алкоголя			
Имеются ли наследственные заболевания?			

Я достоверно ответил(а) на все вопросы анкеты. Дополнительно хочу сообщить о состоянии своего здоровья (в том числе о принимаемых в настоящее время лекарственных препаратах) следующее:

_____

_____

1. Я понимаю, что сведения о состоянии здоровья требуют периодического обновления и готов(а) сообщать дополнительные данные о состоянии своего здоровья в период действия договора, в том числе о принимаемых лекарственных средствах в день оказания услуги (дни, предшествующие оказанию услуги).
2. Мне известно, что результаты оказания медицинских услуг зависят, в том числе, от состояния моего здоровья на момент оказания услуг, а также от скрупулезного выполнения назначений лечащего врача.

_____/подпись/ _____/дата/