



## АНКЕТА ПАЦИЕНТА

Ф.И.О \_\_\_\_\_

ДАТА РОЖДЕНИЯ \_\_\_\_\_

АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ \_\_\_\_\_

ТЕЛЕФОН (раб.,моб) \_\_\_\_\_

ОТКУДА УЗНАЛИ О НАШЕЙ КЛИНИКЕ \_\_\_\_\_

БЫЛА ЛИ У ВАС КОГДА-НИБУДЬ АЛЛЕРГИЯ ПРИ ПРИЕМЕ ЛЕКАРСТВ. ЕСЛИ «ДА», КАК ОНА ПРОЯВЛЯЛАСЬ - КРАПИВНИЦА,ОТЕКИ,ПЕРЕПАДЫ А/Д, ЗУД,ОБМОРОК И Т.Д. \_\_\_\_\_

ПРИНИМАЕТЕ ЛИ ВЫ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ КАКИЕ-ЛИБО ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ? (УКАЗАТЬ КАКИЕ) \_\_\_\_\_

ДОПОЛНИТЕЛЬНО О СОСТОЯНИИ МОЕГО ЗДОРОВЬЯ (ЗДОРОВЬЯ ВАШЕГО РЕБЕНКА )

ХОЧУ СООБЩИТЬ СЛЕДУЮЩЕЕ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

БОЛЕЛИ ЛИ ВЫ ГЕПАТИТОМ? ЕСЛИ «ДА»,ТО КОГДА И КАКАЯ ГРУППА? \_\_\_\_\_

ОБСЛЕДОВАЛИСЬ ЛИ ВЫ НА ВИЧ? РЕЗУЛЬТАТ \_\_\_\_\_

СТРАДАЕТЕ ЛИ ВЫ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ, ИБС, И Т.Д. ) \_\_\_\_\_

НАЛИЧИЕ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК

\_\_\_\_\_

ДЛЯ ЖЕНЩИН – БЕРЕМЕННОСТЬ И КОРМЛЕНИЕ ГРУДЬЮ \_\_\_\_\_

ПОСЛЕДНЕЕ ПОСЕЩЕНИЕ ВРАЧА СТОМАТОЛОГА \_\_\_\_\_