



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 _____