

АНКЕТА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ:

1. Аллергия (на медикаменты, пищевая и другие):	да	нет
2. Сердечнососудистые заболевания (стенокардия, сердцебиение, отдышка):	да	нет
3. Страдаете ли Вы повышенным/пониженным артериальным давлением?	да	нет
4. Бывают ли у Вас припадки, обмороки, головокружение?	да	нет
5. Инфекционные заболевания (вирусный гепатит, СПИД, туберкулез и др.):	да	нет
6. Эндокринные заболевания (тиреотоксикоз, гипотиреоз, сахарный диабет):	да	нет
7. Заболевания ЦНС (центральной нервной системы):	да	нет
8. Глаукома (повышенное кровяное глазное давление):	да	нет
9. Нарушение свертываемости крови:	да	нет
10. Заболевания почек	да	нет
11. Заболевания печени	да	нет
12. Заболевания легких (бронхиальная астма):	да	нет
13. Эпилепсия	да	нет
14. Инфаркт миокарда (когда?):	да	нет
15. Принимаемые в настоящий момент лекарства:	да	нет
16. Хирургические операции в прошлом (какие, когда?)	да	нет
17. Беременность, период кормления грудью:	да	нет
18. Вы курите?	да	нет

Я искренне ответил(а) на все пункты анкеты: _____

« _____ » _____ 201 г.

“ _____ ” _____ 201 г.

подпись пациента

Откуда Вы о нас узнали?

По рекомендациям

Вывеска

Сайт

ВКонтакте

Инстаграм