



## Анкета о состоянии здоровья

D A R M E D

Мы просим Вас аккуратно заполнить эту Анкету. Предоставленная Вами информация крайне важна для проведения грамотного и безопасного лечения.

Фамилия Имя Отчество \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

**Есть ли у Вас в настоящее время или были в прошлом такие заболевания/состояния:**

1. Сердечно-сосудистые  
заболевания..... **ДА | НЕТ**

Если да, то какие? \_\_\_\_\_

2. Аллергические  
реакции..... **ДА | НЕТ**

Если да, то какие? \_\_\_\_\_

3. Нарушения свертывания  
крови..... **ДА | НЕТ**

4. Инфекционные заболевания (ВИЧ, Гепатит С)  
..... **ДА | НЕТ**

Если да, то какие? \_\_\_\_\_

5. Другие проблемы со здоровьем, о которых Вам  
известно: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Принимаете ли Вы в настоящее время какие-нибудь лекарства?  
..... **ДА | НЕТ**

Если да, то какие? \_\_\_\_\_

7. Для женщин:  
Беременны ли Вы?  
..... **ДА | НЕТ**

Кормите ли Вы грудью в настоящее время?  
..... **ДА | НЕТ**

8. Дополнительно о состоянии своего здоровья хочу сообщить следующее:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Пожалуйста, укажите Ваш адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

10. Кого мы можем благодарить за рекомендацию нашей клиники?

Имя \_\_\_\_\_ Телефон \_\_\_\_\_

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

Номер карты (заполняется сотрудником клиники) \_\_\_\_\_