



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) _____