



# Приложение к договору на оказание платных медицинских услуг

от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. в ООО «НИКОР-\_\_»

## Анкета о здоровье пациента

**Уважаемый пациент!** Пожалуйста, ответьте на нижеследующие вопросы о состоянии Вашего здоровья как можно точнее. Данная информация необходима врачу, так как процесс лечения и его ближайшие и отдаленные результаты могут быть связаны с заболеваниями различных органов и систем, приемом лекарств, физиологическими особенностями организма.

Мы гарантируем, что сведения, указанные Вами в анкете, являются строго конфиденциальными и будут использоваться только в целях лечения и профилактики.

ФИО пациента \_\_\_\_\_.

Дата рождения \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_ г.

ФИО законного представителя \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

### ВОПРОСЫ К АНАМНЕЗУ:

1.	Заболевания печени/Вирусный гепатит Если да, то какого типа « _____ » и когда _____	ДА	НЕТ
2.	Туберкулез	ДА	НЕТ
3.	Проводились ли Вам переливания крови Если да, то когда _____ и по какому поводу _____	ДА	НЕТ
4.	Проводились ли Вам инъекции за последние 6 месяцев (включая косметологические процедуры). Если да, то какие: _____	ДА	НЕТ
5.	Наличие вредных привычек. Если да, укажите _____	ДА	НЕТ
6.	Была ли у Вас длительная необъяснимая лихорадка	ДА	НЕТ
7.	Наличие кожных заболеваний в период обострения (псориаз, экзема, красный плоский лишай и пр.)	ДА	НЕТ
8.	Имеете ли Вы постоянно увеличенные лимфатические узлы	ДА	НЕТ
9.	Отмечаете ли Вы наличие багровых или красных участков на коже, сыпь	ДА	НЕТ
10.	Наркозависимость	ДА	НЕТ
11.	Выраженная нейтропения, муковисцидоз	ДА	НЕТ
12.	Отмечаете ли Вы потерю веса за последние 6 месяцев Если да, то в чем, по Вашему мнению, причина похудения _____	ДА	НЕТ
13.	Курите ли Вы Если да, то как долго _____	ДА	НЕТ
14.	Онкозаболевание, если да, то какое _____ давность _____ Наличие подозрений на наличие заболевания	ДА ДА	НЕТ НЕТ
15.	Получали ли Вы: - лучевую терапию за последние 10 лет _____ - химиотерапию (принимаете бифосфонаты) за последние 10 лет _____	ДА ДА	НЕТ НЕТ
16.	Заболевание эндокринных органов	ДА	НЕТ
17.	Заболевание кожи, если да, то какие _____	ДА	НЕТ
18.	Нейродермит	ДА	НЕТ
19.	Заболевание мочевыделительной системы	ДА	НЕТ
20.	Заболевание желудочно-кишечного тракта	ДА	НЕТ
21.	Заболевания опорно-двигательного аппарата	ДА	НЕТ
22.	Заболевания ЛОР-органов (ухо, горло, нос)	ДА	НЕТ
23.	Травмы челюстно-лицевой области Если да, то когда _____ и какие _____	ДА	НЕТ
24.	Были ли у Вас операции под наркозом за последние полгода Если да, то когда _____ и по какому поводу _____	ДА	НЕТ
25.	Сахарный диабет	ДА	НЕТ

26.	Часто ли у Вас бывает сухость во рту	ДА	НЕТ
27.	Порок сердца	ДА	НЕТ
28.	Установлен искусственный клапан сердца	ДА	НЕТ
29.	Ишемическая болезнь сердца	ДА	НЕТ
30.	Перенес острый инфаркт миокарда в _____ когда)	ДА	НЕТ
31.	<input type="checkbox"/> Установлен кардиостимулятор <input type="checkbox"/> Установлен дефибриллятор <input type="checkbox"/> Установлен слуховой аппарат <input type="checkbox"/> Наличие металлических, керамических или силиконовых имплантатов в любом месте тела		
32.	Варикозная болезнь, тромбофлебит	ДА	НЕТ
33.	Отмечаете ли Вы значительные изменения артериального давления: <input type="checkbox"/> повышение артериального давления <input type="checkbox"/> понижение артериального давления <input type="checkbox"/> каковы цифры обычного для Вас артериального давления _____	ДА	НЕТ
34.	Заболевания центральной нервной системы	ДА	НЕТ
35.	Бывают ли у Вас периоды потери сознания или судорожные припадки	ДА	НЕТ
36.	Сотрясения головного мозга	ДА	НЕТ
37.	Бронхиальная астма	ДА	НЕТ
38.	Заболевания щитовидной железы	ДА	НЕТ
39.	<b>Нарушения свертываемости крови</b> <input type="checkbox"/> были ли у Вас раньше длительные кровотечения после <b>удаления зуба, хирургических вмешательств, травм</b> <input type="checkbox"/> легко ли у Вас образуются кровоподтеки (синяки) <input type="checkbox"/> страдаете ли Вы носовыми кровотечениями	ДА ДА	НЕТ НЕТ
40.	Принимаете ли Вы в настоящее время или постоянно какие-либо лекарства, если да то какие _____	ДА	НЕТ
41.	Были ли у Вас аллергические реакции в виде головокружения или потери сознания, удушья, крапивницы, отека Квинке, зуда и покраснения кожи (нужное подчеркнуть) на: <input type="checkbox"/> местные анестетики <input type="checkbox"/> антибиотики <input type="checkbox"/> сульфаниламидные препараты <input type="checkbox"/> препараты йода <input type="checkbox"/> гормональные средства <input type="checkbox"/> пищевые продукты <input type="checkbox"/> пыльца растений <input type="checkbox"/> шерсть животных <input type="checkbox"/> металлы <input type="checkbox"/> анальгетики (анальгин, аспирин и др.) <input type="checkbox"/> другие аллергены (указать конкретно) _____	ДА	НЕТ
42.	Для женщин: беременны ли Вы. Если да, какой месяц? _____ <input type="checkbox"/> являетесь ли Вы кормящей матерью <input type="checkbox"/> наличие внутриматочной спирали	ДА	НЕТ
43.	ВИЧ-инфекция (при наличии, с указанием стадии)	ДА	НЕТ
44.	Эпилепсия и другие психические расстройства	ДА	НЕТ
45.	Индивидуальная непереносимость тока	ДА	НЕТ
46.	Патологии аутоиммунного характера	ДА	НЕТ
47.	Есть ли у Вас изъязвления или незаживающие раны в полости рта	ДА	НЕТ
48.	Находитесь ли Вы в настоящий момент на стационарном лечении?	ДА	НЕТ
49.	Были серьезные аварии	ДА	НЕТ
50.	Пластические операции, если да, то когда и зона вмешательства _____	ДА	НЕТ
51.	Проходили ли Вы ранее ортодонтическое лечение	ДА	НЕТ
52.	Была ли операция трахеостомии	ДА	НЕТ

Я достоверно ответил (а) на все пункты анкеты, хочу дополнительно сообщить о состоянии здоровья следующее: \_\_\_\_\_

Я знаю, что в случае использования лекарственных препаратов накануне приема врача, должен (на) сообщить об этом врачу. Я обязуюсь незамедлительно сообщать обо всех изменениях, произошедших в течение всего периода лечения.

Подпись пациента/законного представителя \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.