Утверждено

 Приказом

 Главного врача

ГАУЗ «Городская

клиническая больница № 16»

 от 01.11.2013г. N 114а

Анкета состояния здоровья пациента

 Внимательно прочитайте анкету и ответьте на поставленные вопросы. Данная информация необходима для безопасности здоровья и наибольшей эффективности лечения при предоставлении Вам медицинских услуг.

 Примечание: данная анкета заполняется собственноручно.

|  |  |
| --- | --- |
| Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением какого-либоврача? Если да, то по какой причине?  |  |
| Был ли у Вас инфаркт миокарда, стенокардия, хирургическиеоперации на сердце, нарушение ритма сердца? Если да, то когда?  |  |
| Страдаете ли Вы повышением (понижением) артериального давления,анемией?  |  |
| Вы пользуетесь кардиостимулятором?  |  |
| Болеете ли Вы ревматизмом, ревматическим поражением сердца,врожденными пороками сердца?  |  |
| Был ли у Вас гепатит, если да, то какой формы?  |  |
| Имеются ли у Вас заболевания печени?  |  |
| Болели ли Вы туберкулезом?  |  |
| Болели ли Вы диабетом?  |  |
| Страдаете ли Вы заболеванием щитовидной железы?  |  |
| Были ли у Вас припадки, обмороки?  |  |
| Имеются ли у Вас заболевания системы крови?  |  |
| Страдаете ли Вы заболеваниями дыхательной системы, бронхиальнойастмой?  |  |
| Бывают ли у Вас аллергические реакции на лекарственныепрепараты, продукты питания и др.? Если да, то указать на какие.  |  |
| Принимаете ли Вы лекарственные препараты в настоящее время?  |  |
| Были ли у Вас травмы головы, шеи, позвоночника?  |  |
| Страдаете ли Вы венерическими заболеваниями, вирусомиммунодефицита человека (СПИД)?  |  |
| Для женщин: беременны ли Вы?  |  |
| Имеете ли Вы какие-либо другие серьезные сопутствующиезаболевания или перенесенные операции?  |  |
| Добавьте то, что считаете важным.  |  |

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_ г. Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_