

**АНКЕТА  
о состоянии Вашего здоровья**

Надо дать ответ по каждому пункту (да, нет). Сообщаемые Вами сведения помогут избежать осложнений, возникающих в ходе лечения. Ваши данные будут сохранены в тайне.

	Дата _____	Дата _____	Дата _____
1. Аллергия (лекарственная, пищевая, другие)			
Симптомы			
Чем купируется приступ			
2. Сопутствующие или перенесенные заболевания:			
- сердца (стенокардия, сердцебиение, одышка)			
- почек			
- печени			
- желудочно-кишечного тракта			
- легких (бронхиальная астма, туберкулез)			
3. Страдаете ли Вы:			
- повышенным артериальным давлением			
- пониженным артериальным давлением			
4. Бывают ли у Вас припадки, обмороки, головокружение			
5. Длительные кровотечения после порезов			
6. Диабет			
7. Беременность			
8. Принимаемые лекарства указать			
9. Были ли у Вас травмы головы			
10. Перенесенный гепатит			
11. СПИД, венерические заболевания			
12. Периодически возникающие язвы полости рта, герпес			
13. Бруксизм (ночное скрежетание зубами)			
14. Заболевание гайморовых пазух			
15. Курите ли Вы			
16. Когда в последний раз была сделана флюорография			
17. Предпочтительный способ информирования о приеме			

Подпись пациента \_\_\_\_\_

**АНКЕТА  
о состоянии Вашего здоровья**

Надо дать ответ по каждому пункту (да, нет). Сообщаемые Вами сведения помогут избежать осложнений, возникающих в ходе лечения. Ваши данные будут сохранены в тайне.

	Дата _____	Дата _____	Дата _____
1. Аллергия (лекарственная, пищевая, другие)			
Симптомы			
Чем купируется приступ			
2. Сопутствующие или перенесенные заболевания:			
- сердца (стенокардия, сердцебиение, одышка)			
- почек			
- печени			
- желудочно-кишечного тракта			
- легких (бронхиальная астма, туберкулез)			
3. Страдаете ли Вы:			
- повышенным артериальным давлением			
- пониженным артериальным давлением			
4. Бывают ли у Вас припадки, обмороки, головокружение			
5. Длительные кровотечения после порезов			
6. Диабет			
7. Беременность			
8. Принимаемые лекарства указать			
9. Были ли у Вас травмы головы			
10. Перенесенный гепатит			
11. СПИД, венерические заболевания			
12. Периодически возникающие язвы полости рта, герпес			
13. Бруксизм (ночное скрежетание зубами)			
14. Заболевание гайморовых пазух			
15. Курите ли Вы			

16. Когда в последний раз была сделана флюорография			
17. Предпочтительный способ информирования о приеме			

Подпись пациента \_\_\_\_\_

ОБРАЗЕЦ