

Анкета амбулаторного пациента при первичном обращении.

Уважаемые пациенты!

Просим Вас внимательно заполнить данную анкету, для того чтобы врач-специалист мог поставить более правильный диагноз и подобрать оптимальную схему лечения.

При затруднении при ответах просьба обратиться к Администратору или Врачу-специалисту.

ФИО _____

Дата рождения _____

Эл. почта _____

Телефон _____

Хотели бы получать от нас рассылку

СМС

Эл.Почта

Обращались ли ранее к косметологу или дерматологу? Да Нет _____ (указать к кому)

Как часто Вы посещаете косметолога или дерматолога? _____

Вводились ли Вам препараты для контурной пластики? Да Нет _____ (указать какие)

Вводились ли Вам нити? Да Нет _____ (указать какие)

Проводились ли какие-либо пластические операции? Да Нет _____ (указать какие)

Проводились ли процедура дермабразии? Да Нет _____ (указать какая)

Вы считаете, что состояние Вашего здоровья хорошее? Да Нет

Часто ли Вы загораете (солярий, южные страны)? Да Нет

Принимаете ли Вы постоянно какие-либо препараты? Да Нет _____ (указать какие)

- Сердечно-сосудистые заболевания
- Заболевания верхних дыхательных путей (в т.ч. астма)
- Заболевания почек и мочевыводящих путей
- Заболевания ЖКТ
- Повышенное артериальное давление
- Заболевания ЛОР-органов
- Герпетические заболевания
- Заболевания эндокринной системы
- Мигрени
- Инфекционные и вирусные заболевания
- Кожные заболевания _____
- Венерические заболевания _____
- Онкологические заболевания _____
- Аутоиммунные заболевания _____
- Аллергии _____
- Не переносимость анестезии _____
- Заболевания крови _____
- Гинекологические заболевания _____

- Рецидивирующая ангина
- Туберкулез
- Заболевания костей и костного мозга
- Системные заболевания соединительной ткани
- ВИЧ-инфекция
- Гепатит
- Эпилепсия
- Заболевания центральной нервной системы
- Сахарный диабет

Другое _____ (указать какие)

Для женщин детородного возраста, на данный момент: Беременность Кормление грудью

При порезе пальца, кровотечение прекращается через: 3 минуты 10 минут 5 минут более 10 минут

Курите ли Вы? Да Нет

Проводили ли Вам переливание крови? Да Нет

Страдаете ли Вы: Пигментными нарушениями Повышенной чувствительностью к солнечному свету

Повышенным образованием шрамов Заболеваниями мышечной системы

В последнее время Вы принимали следующие препараты: Антибиотики Детралекс Аспирин Гормональные препараты

Другие _____ (указать какие)

Дополнительные сведения о Вашем здоровье _____ (указать какие)

Мы гарантируем сохранность персональных данных в соответствии со статьей 9 ФЗ-152 от 27.07.2006 года «О персональных данных».

Спасибо Вам за уделенное время!

Своей подписью я подтверждаю точность и достоверность сведений, предоставленных мной лечащему врачу!
Обязуюсь проинформировать своего лечащего врача о каких-либо изменениях моего здоровья!

(ФИО, подпись)

(дата)