

Анкета про стан здоров'я

Шановний пацієнт! Існує ряд захворювань та особливих станів організму, що можуть впливати на хід Вашого лікування. Тому просимо достовірно та уважно заповнити цей бланк.

Якщо Вам щось незрозуміло, або Ви не можете відповісти, запитайте у лікаря.

Зазначені дані є лікарською таємницею, яка не підлягає розголошенню, а лише служить для контролю за станом здоров'я під час лікування.

“ ”

20 р.

“ ✓ ” або “ + ”

	<i>Вкажіть, будь-ласка, інформацію про наявність чи відсутність:</i>	<i>Так</i>	<i>Ні</i>
1	Інфаркт міокарда, мікроінфаркт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Серцева недостатність	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Аритмія	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Підвищений тиск	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Понижений тиск	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Сповільнене згортання крові	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Анемія	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Бронхіальна астма	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Прояви алергії, атипові реакції на ліки (анестезію)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Епілептичні приступи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Хвороби щитовидної залози	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Цукровий діабет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Захворювання шлунково-кишкового тракту	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Гепатит А, В, С (в якому році?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Венеричні захворювання, СНІД/ВІЛ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Туберкульоз (сухоти)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Чи приймаєте в даний час які-небудь медикаменти? Якщо так, зазначте їх назву: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Чи Ви були оперовані?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Чи Ви вагітні? (який місяць?) міс. міс.
20	Чи маєте розлади меноциклу? (Якщо так, то вкажіть дату останнього меноциклу)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Коли Ви востаннє проходили рентгенографічне обстеження?
22	Чи Ви курите?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Чи Ви приймаєте наркотичні, психотропні речовини?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Ви вживаєте міцні алкогольні напої (горілка, виски, коньяк, ром тощо) більше 2 разів на тиждень?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Чи маєте Ви інші шкідливі звички, пов'язані з зубами (гризете олівці (ручки), скрижете, стукаєте зубами тощо?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Чи у Вас є будь-які застереження, які на Вашу думку, мали би бути врахованими під час лікування. Якщо так, то зазначте:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Своїм підписом Я _____ підтверджую, що прочита (-ла) та зрозумів (-ла) зміст всіх вище наведених пунктів анкети та попереджений (-на), що несу повну відповідальність за достовірність зазначеної інформації.

Підпис пацієнта _____

Підпис лікаря _____