

Анкета Пациента (Потребителя)

г. Санкт-Петербург

«__» _____ 20__ г

Фамилия Имя Отчество _____

Дата рождения ____/____/____

Место жительства (телефон) _____ (данные Потребителя)

Последующая информация является крайне важной для обеспечения Вас эффективными медицинскими (косметологическими) услугами в соответствии с Вашим общим состоянием здоровья. Вам необходимо дать полные и правильные ответы на все вопросы. Если вопрос непонятен или Вы не уверены в ответе, обсудите этот вопрос с врачом. Неполная или неправильная информация может повредить Вашему здоровью.

1.	Находитесь ли Вы в настоящее время под наблюдением общего врача? Если «Да», то укажите причину:	Да Нет
2.	Принимаете ли Вы в настоящее время какие-нибудь лекарства? Если «Да», то перечислите наименования:	Да Нет
3.	Имеете ли Вы аллергические реакции, непереносимость на какие-либо лекарства, медикаменты, вещества? Если «Да», то перечислите наименования:	Да Нет
4.	Был ли у Вас отек Квинке? Если «Да», то укажите когда:	Да Нет
5.	Имели ли или имеют ли Ваши кровные родственники наследственные заболевания? Если «Да», то укажите какие:	Да Нет
6.	Переносили ли Вы в детском возрасте заболевания, операции? Если «Да», то укажите какие:	Да Нет
7.	Посещаете ли Вы в настоящее время какие-либо процедуры (массаж, ванны, грязи, физиотерапия)? Если «Да», то перечислите:	Да Нет
Если Вы лечитесь в настоящее время (лечились ранее) или имеете информацию (подозреваете) о наличии у Вас следующих заболеваний и состояний, выберите нужное, дайте краткое описание:		
8.	Ревматизм, ревматические поражения сердца, шумы (боли) в сердце, пороки сердца	Да Нет
9.	Инфаркт миокарда, стенокардия, аритмия, хирургические вмешательства на сердце	Да Нет
10.	Кардиостимулятор	
11.	Желудочно-кишечные заболевания	Да Нет
12.	Повышенное (пониженное) кровяное давление	Да Нет
13.	Повышенная кровоточивость, анемия, гемофилия (несвертываемость крови), переливания крови	Да Нет
14.	Астма, туберкулез, сезонная аллергия, аллергические реакции на антибиотики, болеутоляющие препараты, местные анестетики и другие лекарства	Да Нет
15.	Доброкачественные, злокачественные опухоли, радиологическое лечение, химиотерапия	Да Нет
16.	Диабет	Да Нет
17.	Желтуха, заболевания печени	Да Нет
18.	Гепатит Б Если «Да» то укажите дату последнего проведения анализа:	Да Нет
19.	Гепатит С Если «Да» то укажите дату последнего проведения анализа:	Да Нет
20.	Заболевания почек и мочевыводящих путей, затрудненное мочеиспускание, диализ	Да Нет
21.	Заболевания щитовидной железы	Да Нет
22.	Паралич, парез, конвульсии, обмороки, потеря сознания, эпилепсия	Да Нет
23.	Психиатрические заболевания	
24.	Артрит	Да Нет
25.	Венерические заболевания и/или СПИД? Последняя дата сдачи анализа:	Да Нет
26.	Травмы головы или шеи, автомобильные аварии, хирургические операции	Да Нет
27.	Имеются ли у Вас другие проблемы со здоровьем, о которых Вам известно? Если «Да», то какие:	Да Нет
28.	Добавьте то, что считаете важным (например, другие заболевания кожи) :	
29.	Для женщин: Вы беременны, подозреваете беременность или кормите ребенка (грудное вскармливание)?	Да Нет
Вы вакцинировались от коронавирусной инфекции COVID-19? Сколько времени прошло с момента последней прививки?		Да Нет
Наблюдалось ли у Вас при предыдущем оказании аналогичных или сходных процедур, аллергические реакции, продолжительное кровотечение, какие-либо другие осложнения до или после лечения? Если «Да», то какие _____		Да Нет

Я даю разрешение проводить любые диагностические мероприятия, которые будут необходимы для постановки диагноза или лечения.

Я указал(а) всю известную мне информацию, которая может повлиять на результат лечения. Я даю разрешение проводить необходимые лечебные мероприятия и использовать любого врача или ассистента, участие которого в моем лечении необходимо. Я разрешаю сообщать информацию, полученную от меня и связанную с моим состоянием, другому врачу. Я понимаю, что ответственен(на) за оплату услуг, оказанных мне Исполнителем. Я указал(а) все медикаменты и лекарственные препараты, которые принимал(а) за 24 часа до момента обращения за оказанием медицинских (косметологических) услуг. Я подтверждаю, что за последние 24 часа до момента обращения за оказанием медицинских (косметологических) услуг, не принимал(а) алкоголь и наркотические вещества.

Потребитель _____

(Подпись Потребителя, указание Ф.И.О)