



КЛИНИКА ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ И РЕПРОДУКЦИИ

Анкета о вашем здоровье

Уважаемый(ая)

Сообщенные Вами сведения позволяют врачу подобрать эффективную анестезию, лекарства и методы лечения, правильно составить план лечения. По каждому пункту анкеты необходимо ответить Да или Нет. Ваши данные составляют врачебную тайну и не будут доступны посторонним лицам.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ		
Заболевания сердца	Да	Нет
Инфаркт миокарда	Да	Нет
Наличие кардиостимулятора	Да	Нет
Заболевания сосудов	Да	Нет
Инсульт	Да	Нет
Повышение или понижение артериального давления	Да	Нет
Заболевание легких	Да	Нет
Бронхиальная астма	Да	Нет
Заболевания желудочно-кишечного тракта	Да	Нет
Заболевание печени	Да	Нет
Заболевания почек	Да	Нет
Заболевания щитовидной, паратиroidной и других желез	Да	Нет
Сахарный диабет	Да	Нет
Травмы	Да	Нет
Сотрясение головного мозга	Да	Нет
Заболевания уха, горла, носа	Да	Нет
Заболевания костной системы, суставов	Да	Нет
Заболевания кожи	Да	Нет
Нейродермит	Да	Нет
Инфекционные заболевания (Вич, Гепатит, Туберкулез и др.)	Да	Нет
Головные боли (в том числе беспричинные)	Да	Нет
Бывает ли головокружение, потеря сознания, одышка при введении анестетиков или других лекарственных препаратов	Да	Нет
Проводилась ли лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет	Да	Нет
Были ли операции	Да	Нет
Другие заболевания	Да	Нет
АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ		
На местные анестетики	Да	Нет
На антибиотики	Да	Нет
На сульфаниламиды	Да	Нет
На препараты йода	Да	Нет
На гормональные препараты	Да	Нет
На другие лекарственные препараты (если да, укажите какие)	Да	Нет
На пыльцу, растения	Да	Нет
На пищевые продукты	Да	Нет
На шерсть животных	Да	Нет
На другие вещества	Да	Нет
ПОЛУЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В НАСТОЯЩЕМ ВРЕМЕНИ ИЛИ В ПОСЛЕДНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ		
Постоянно или периодически принимаю лекарственные препараты (если да, то какие)	Да	Нет
Лечусь (проводилось лечение)	Да	Нет

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ

Являюсь донором	Да	Нет
	Да	Нет
ДЛЯ ПАЦИЕНТОК		
Вы беременны	Да	Нет
Являетесь кормящей матерью	Да	Нет
Имеются нарушения менструального цикла	Да	Нет
Постоянно или периодически принимаете противозачаточные препараты	Да	Нет
Последнее посещение врача-гинеколога в (мес. Год)	Да	Нет

Я подтверждаю, что сообщил достоверную информацию о всех известных мне на данный момент проблемах со здоровьем и обязуюсь сообщить своему лечащему врачу о вновь выявленных проблемах, если таковые будут.

Дата: _____

Подпись: _____

ООО «НИКА СПРИНГ ЦЕНТР»**Форма информационного согласия на предоставление результатов обследования состояния здоровья и планируемого лечения.**

Я, _____, информирован(а) и подтверждаю свое согласие с тем, что единственным конфиденциальным и точным способом передачи мне информации о состоянии моего здоровья, включая результаты лабораторных исследований, является личная беседа с моим лечащим врачом. Я понимаю, что ни один из других способов передачи сведений о состоянии моего здоровья не может гарантировать точной интерпретации этих сведений.

В соответствии со статьями №№ 13, 19 п.5, 20, 22 «Основ законодательства об охране здоровья граждан» ФЗ РФ от 21.11.11 №323-ФЗ я прошу разрешить лечащему врачу предоставлять мне информацию, в том числе и результаты анализов, одним или несколькими средствами связи из перечисленных ниже (указать прописью):

1. Только при личной беседе с лечащим врачом в клинике _____ (лично)
2. Телефон _____ (указать номер) _____ (кодовое слово)
3. E-mail _____ (указать адрес электронной почты)

Я также понимаю, что информация, полученная мною от сотрудников медицинского учреждения, не являющихся моим лечащим врачом или зав. отделением, может носить только справочный характер и не при каких обстоятельствах не может быть использована мною в целях лечения, диагностики или иных действий, направленных на изменение состояния моего здоровья, кроме случаев оказания мне экстренной, неотложной помощи.

В соответствии со статьями №№19 п.5, 22 ФЗ РФ от 21.11.11 №323-ФЗ «Основ законодательства об охране здоровья граждан» прошу предоставить информацию о состоянии моего здоровья

лично мне _____
(подпись)

моему представителю

_____ (прописью ФИО представителя, контактная информация)

В случае изменения одного или нескольких средств связи из перечисленных выше, обязуюсь уведомить в письменном виде сотрудников медицинского учреждения (административный персонал).

Дата:

Подпись: