

Анкета пациента

Фамилия: _____ Имя: _____
 Дата рождения: _____ Гражданство: _____
 Страна/город происхождения: _____
 Знание языков: _____

Только для несовершеннолетних Законный опекун

Фамилия: _____ Имя: _____
 Дата рождения: _____ Гражданство: _____

Контактные данные

Номер телефона / мобильного: _____
 E-Mail: _____
 Текущий адрес (ул./№/город): _____
 Тел. переводчика / интерпретатора: _____

Просим отвечать на следующие вопросы о здоровье как можно точнее!

Данные подпадают под врачебную тайну и обрабатываются строго конфиденциально.

Болезни сердца и сосудов	☐ да	☐ нет
Нарушение свёртываемости	☐ да	☐ нет
Эпилепсия (припадки)	☐ да	☐ нет
Астма / болезни лёгких	☐ да	☐ нет
Обмороки	☐ да	☐ нет
Сахарный диабет	☐ да	☐ нет
Болезни печени / Гепатит	☐ да	☐ нет
Болезни почек	☐ да	☐ нет
Ревматизм / Артрит	☐ да	☐ нет
Болезни щитовидной железы	☐ да	☐ нет
Туберкулёз	☐ да	☐ нет
ВИЧ-инфекция / СПИД	☐ да	☐ нет
Инф. болезни (напр. MRSA)	☐ да	☐ нет
Наркотическая зависимость	☐ да	☐ нет
Курильщик/ца	☐ да	☐ нет

Вы беременны? ☐ да ☐ нет

Если да, какой месяц? месяц

Другие заболевания: ☐ да ☐ нет

Аллергии и непереносимость:

Местная анестезия / уколы ☐ да ☐ нет

Антибиотики ☐ да ☐ нет

Обезболивающие ☐ да ☐ нет

Другое: _____

Делались ли Вам ранее рентгеновские снимки зубов?

☐ да ☐ нет

Если да, когда? _____

Испытываете ли Вы трудности при жевании из-за отсутствующих зубов?

☐ да ☐ нет

Обращались ли Вы к терапевту?

☐ да ☐ нет

Если да, к какому врачу? _____

Какие лекарства Вы принимаете регулярно или в настоящее время? _____ с _____

_____ с _____

_____ с _____

_____, дата _____ Подпись: _____