

Анкета для новых пациентов

Уважаемая пациентка, уважаемый пациент! Чтобы обеспечить Вам наилучшее обслуживание, прошу вас заполнить следующий вопросник.

Фамилия, Имя: _____

Дата рождения: _____

Адрес: _____

Телефон: _____

E-Mail (по желанию): _____

Профессия: _____

Предыдущий терапевт/педиатр: _____

Прочие лечащие врачи (Фамилия/специальность/адрес, если известно): _____

Хронические заболевания

Заболевания легких

Астма ХОБЛ Рак легких

Другие: _____

Заболевания кожи

Нейродерматит Псориаз Другие: _____

Сердечно-сосудистые заболевания

Гипертония Инсульт Инфаркт миокарда Заболевания коронарных артерий (ККА)

Врожденный порок сердца Другие: _____

Неврологические заболевания

Эпилепсия Рассеянный склероз Болезнь Паркинсона Деменция Депрессия

Шизофрения

Другие: _____

Обменные заболевания

Диабет 1 типа / 2 типа Заболевания щитовидной железы Подагра Высокий холестерин

Другие: _____

Поверните страницу →

Другие:

Глаукома Ревматизм Хронический гепатит ВИЧ Зависимость от медикаментов/наркотиков

Раковые заболевания _____

Заболевания печени/почек _____

Аллергии, если есть, какие _____

Степень ухода _____

Тяжелая инвалидность, степень инвалидности (ГдБ) в % _____

Есть ли завещание пациента _____

Другие: _____

Рост _____ Вес: _____

Другие важные сведения

Лекарства

Лекарства	Дозировка	утром	днем	вечером	ночью
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

X _____
Место, дата

X _____
Подпись пациента или законного представителя