

Анкета пацієнта



Прізвище: _____ Ім'я _____
Дата народження: _____ Громадянство _____
Країна/місце походження: _____
Знання мов: _____

Тільки для неповнолітніх законний опікун

Прізвище: _____ Ім'я _____
Дата народження: _____ Громадянство _____

Контактні дані _____
Номер телефону/мобільного телефону: _____
Електронна пошта _____
Поточна адреса (вулиця/№ будинку/місто): _____
Номер телефону перекладача _____

Будь ласка, якомога точніше дайте відповідь на наступні запитання про стан свого здоров'я! Інформація захищена лікарською таємницею та положеннями про захист даних і буде оброблятися суворо конфіденційно.

| | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| Серцево-судинні захворювання | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні | Ви вагітні? | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| Порушення згортання крові | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні | Якщо так, на якому місяці? |місяць |
| Судомні розлади (епілепсія) | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні | | |
| Астма/захворювання легенів | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні | Інші захворювання | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| Припадки непритомності | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні | | |
| Цукровий діабет | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні | | |
| Захворювання печінки/гепатит | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні | | |
| Хвороби нирок | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні | | |
| Ревматизм/артрит | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні | | |
| Захворювання щитовидної залози | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні | Алергії або непереносимість: | |
| Туберкульоз | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні | Місцева анестезія/ін'єкції | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| ВІЛ-інфекція/стадія СНІД | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні | Антибіотики | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| Інфекц. захворювання (напр. MRSA) | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні | Знеболювальні | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні |
| Наркозалежність | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні | Інше: | |
| Курець | <input type="checkbox"/> так <input type="checkbox"/> ні | | |

Вам вже робили рентген зубів? так ні
Якщо так, то коли?

Ви маєте проблеми з жуванням через відсутність зубів? так ні

Ви вже відвідували лікаря загальної практики? так ні
Якщо так, то якого лікаря?

Які ліки ви приймаєте регулярно чи зараз? починаючи з

..... починаючи з

..... починаючи з

....., дата: Підпис