

Анкета пациента для skype консультации

(поля помеченные звездочкой* обязательны к заполнению)

1. ФИО (полностью)*

2. Дата рождения _____

3. E-mail _____

4. Телефон _____

5. Skype адрес _____

6. Паспортные данные (серия, номер, кем и когда выдан) _____

7. Род деятельности (профессия, профессиональные вредности) _____

8. Аллергия и непереносимость лекарств, продуктов питания и других веществ (указать) _____

9. Перенесенные хирургические вмешательства (подчеркните или напишите, укажите год): аппендицит, грыжа, варикоцеле, гинекологические заболевания, удаление желчного пузыря, другое (указать) _____

10. Полученные травмы (нужное подчеркнуть, указать год): сотрясение (ушиб) головного мозга, переломы костей конечностей, переломы позвонков, другое (указать) _____

11. Наличие хронических заболеваний (нужное подчеркнуть): туберкулез, сахарный диабет, вирусный гепатит, бронхиальная астма, ишемическая болезнь сердца, инфаркт миокарда, инсульт, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, онкологические заболевания, ВИЧ-инфекция, сифилис, алкоголизм, наркомания, другое (указать) _____

12. Наличие, каких либо противопоказаний к медицинским процедурам и вмешательствам (указать): _____

13. История заболевания, включая историю о проведенном лечении и его эффективность

14. Жалобы на самочувствие, текущие симптомы (ощущения связанные с заболеванием на момент обращения за консультацией)

15. Вопросы, которые Вы выносите на консультацию

Заполняется на пациента не достигшего 15 лет

Заболевания первого года жизни, патология (болезни, особенности) течения беременности и родов (указать)

ФИО законного Представителя Пациента

Паспортные данные законного Представителя пациента