

АНКЕТА ДЛЯ ПАЦИЕНТА

к карте № _____

Дорогой друг!

Мы благодарим тебя за обращение в уютную КЛИНИКУ ИН. Мы очень дорожим твоим доверием и сделаем всё возможное, чтобы ты остался доволен условиями лечения и качеством нашей работы. Прежде, чем ты познакомишься со своим лечащим врачом, мы просим тебя ответить на ряд вопросов. Твои ответы необходимы для заполнения медицинской документации и безопасности проведения медицинских процедур.

Ф. И. О. (полностью) _____

Дата рождения _____

Адрес места жительства _____

Телефон (актуальный, для связи) _____

Мессенджер (Max, Telegram и др.) _____

Электронная почта _____

Как бы ты хотел поддерживать связь с клиникой (записываться на приём, получать уведомления о профилактических осмотрах и т. д.)? _____

Как ты узнал о нашей клинике? _____

Пожалуйста, ответь максимально подробно и честно на каждый вопрос. Если ты не знаешь, как ответить – напиши «не знаю» или поставь прочерк.

Отметь дату последнего посещения стоматолога, хотя бы приблизительно _____

Есть хронические заболевания? Если да, то какие _____

Есть аллергия? Если да, то на что? _____

Твое обычное артериальное давление? (нормальное, повышенное, пониженное) _____

Проблемы с сердцем и/или сосудами? _____

Заболевания пищеварительной системы? (гастрит, колит, язвенная болезнь и т. д.) _____

Случались ли обмороки, припадки, приступы головокружения и т. д.? _____

Инфекционные заболевания (ВИЧ, гепатит и т. д.)? _____

Неврологические заболевания? Психиатрия? _____

Пожалуйста, перечисли все лекарственные препараты, которые ты принимаешь постоянно: _____

Беременность (для пациенток)? Если да, то напиши срок _____

Травмы или хирургические вмешательства? Если да, то какие и когда? _____

Ты куришь? Если да, то какие сигареты предпочитаешь? _____

Употребляешь алкоголь? Если да, то какой и как часто? _____

Какие из своих привычек ты назвал бы вредными? _____

Есть ли еще какие-нибудь особенности твоего здоровья или организма? Если да, то какие? _____

Достоверность предоставленных данных ПОДТВЕРЖДАЮ:

Подпись _____ Дата _____

Обработку персональных данных по ФЗ-152 «О персональных данных» РАЗРЕШАЮ:

Подпись _____ Дата _____

Приглашать на профилактические осмотры и консультации (не чаще 1-2 раз в год) РАЗРЕШАЮ:

Подпись _____ Дата _____