

ООО «Клиника красоты Джаватхановой Амины»

Адрес: РД, г. Махачкала, ул. Ермошкина, д. 99. Тел.: 8 (988) 291-99-69

Лицензия на осуществление медицинской деятельности: № Л041-01172-05/00320583

Лицензия на фармацевтическую деятельность: № Л042-01172-05/00165994

ИНН: 0571011783 | ОГРН: 1170571021356

Приложение к договору № _____

Анкета состояния здоровья пациента

ФИО пациента: _____

Дата рождения: « » _____ г. СНИЛС: _____

Контактный телефон: _____ Дата заполнения: « » ____ 20__ г.

Время: _____

Я, _____, о состоянии своего здоровья сообщаю следующее (отметьте **ДА** или **НЕТ** в списке вопросов, указанных ниже):

Последнее посещение врача: _____ (указать месяц и год)

1. Аллергия (лекарственная, пищевая, другие) — На что: _____ Симптомы: _____
2. Принимаемые в настоящее время лекарства: _____
3. Приём системных ретиноидов (роаккутан и др.), антибиотиков, гормоноводержащих мазей (подчеркнуть): **ДА / НЕТ**
4. Группа крови: _____ Rh-фактор: _____
5. Хронические (острые) заболевания (подчеркнуть):
 - сердца (стенокардия, сердцебиение, одышка): **ДА / НЕТ**
 - почек: **ДА / НЕТ**
 - печени: **ДА / НЕТ**
 - желудочно-кишечного тракта: **ДА / НЕТ**
 - лёгких (бронхиальная астма): **ДА / НЕТ**
 - повышенное артериальное давление: **ДА / НЕТ**
 - пониженное артериальное давление: **ДА / НЕТ**
 - артериальное давление в норме (____ / ____): **ДА / НЕТ**
6. Припадки, обмороки, головокружения: **ДА / НЕТ**
7. Длительные кровотечения после порезов: **ДА / НЕТ**
8. Сахарный диабет (тип: _____, компенсация: _____): **ДА / НЕТ**
9. Беременность / период лактации: **ДА / НЕТ**
10. Травмы головы: **ДА / НЕТ**
11. Перенесённый гепатит (А, В, С — подчеркнуть): **ДА / НЕТ**
12. Перенесённый туберкулёз: **ДА / НЕТ**
13. ВИЧ-инфекция, венерические заболевания: **ДА / НЕТ**
14. Периодически возникающие язвы полости рта, герпес: **ДА / НЕТ**
15. Эпилепсия: **ДА / НЕТ**
16. Заболевания щитовидной железы: **ДА / НЕТ**
17. Онкологические заболевания (в т.ч. в анамнезе): **ДА / НЕТ**
18. Аутоиммунные заболевания: **ДА / НЕТ**
19. Нарушения свёртываемости крови, приём антикоагулянтов: **ДА / НЕТ**
20. Келоидные рубцы, склонность к образованию рубцов: **ДА / НЕТ**
21. Наличие кардиостимулятора, металлических имплантов: **ДА / НЕТ**
22. Перенесённая COVID-19 (дата: _____): **ДА / НЕТ**

23. Вакцинация от COVID-19 (дата последней дозы: _____): **ДА / НЕТ**

24. Курение, употребление алкоголя (*подчеркнуть*): **ДА / НЕТ**

25. Гинекологические заболевания: **ДА / НЕТ**

Я искренне ответил(а) на все пункты. Дополнительно сообщаю о состоянии своего здоровья:

Я уведомлен(а), что предоставление недостоверной информации о состоянии здоровья может повлиять на качество и безопасность медицинского вмешательства. Я обязан(а) сообщить врачу о приёме лекарственных препаратов до начала процедуры.

Пациент (подпись): _____ Дата: «____» _____ 20__ г. Время: ____ :

Врач (ФИО, подпись): _____ /

Должность, специальность врача:
