

Анкета

Ответьте, пожалуйста, на вопросы.

ФИО _____

	Да	Нет
Имеются ли у вас какие-либо кожные заболевания?		
Имеются ли у вас какие-либо хронические заболевания в стадии обострения в настоящее время?		
Наличие острых инфекционных заболеваний в настоящее время (ОРЗ, грипп, другое)		
Наличие аллергических реакций на: анестетики, антибиотики, сульфаниламиды, гормональные препараты, продукты, лекарства, косметику, растения (пыльцу), животных, либо причины не установлены (<i>нужное подчеркнуть</i>).		
Если имеются аллергические реакции, то как они у вас проявляются: кожная сыпь, ринит, конъюнктивит, отек Квинке, приступы удушья (<i>нужное подчеркнуть</i>)		
Имеются ли у вас хронические заболевания желудочно-кишечного тракта?		
Имеются ли у вас заболевания желез внутренней секреции (аутоиммунный тиреоидит, гипотиреоз, сахарный диабет)?		
Имеются ли у вас заболевания сердечно-сосудистой системы (Гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, перенесенные инфаркты)?		
Имеется ли у Вас кардиостимулятор?		
Имеются ли у вас гинекологические заболевания: (заболевания в острой фазе), если да, то какие:		
Для женщин: принимаете ли вы гормональные контрацептивы?		
Наличие беременности, либо период кормления грудью на момент осмотра?		
Имеются ли у вас хронические заболевания со стороны нервной системы?		
Имеются ли у вас хронические заболевания со стороны дыхательной системы: хронический бронхит, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких.		
Имеются ли у вас хронические заболевания почек, мочевого пузыря?		
Имеются ли у вас хронические заболевания со стороны опорно-двигательного аппарата?		
Другие системные и хронические заболевания?		
Наличие опухолевидных заболеваний: доброкачественные, злокачественные.		
Наличие нарушения свертываемости крови.		
Наличие заболеваний: вирусные гепатиты В, С, Д, СПИД, туберкулез, сифилис.		
Наличие герпесвирусной инфекции.		
Наличие плотных выступающих рубцов, келоидных рубцов.		
Наличие гормональных нарушений.		
Принимаете ли в настоящее время какие-либо лекарственные препараты?		
Если принимаете, укажите, пожалуйста, какие?		
Есть ли у Вас какая-либо другая информация, которая должна быть известна о Вашем здоровье?		

_____ Дата

_____ Подпись