

АНКЕТА О ВАШЕМ ЗДОРОВЬЕ

Ф.И.О. _____

Пожалуйста, обведите «да» или «нет» в зависимости от наличия либо отсутствия у Вас соответствующего заболевания.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ			УТОЧНЕНИЯ
Опухоли, новообразования. Какие, где?	да	нет	
Проводилась лучевая терапия, химиотерапия за последние 10 лет?	да	нет	
Аллергические реакции. На что?	да	нет	
Если есть аллергия, то как она проявляется?	да	нет	
Заболевания сердца	да	нет	
Заболевания сосудов	да	нет	
Частые головные боли	да	нет	
Инсульт	да	нет	
Повышенное давление. Какое?	да	нет	
Пониженное давление. Какое?	да	нет	
Заболевания легких	да	нет	
Бронхиальная астма	да	нет	
Бронхит	да	нет	
Заболевание желудочно-кишечного тракта	да	нет	
Заболевания печени	да	нет	
Заболевания почек, мочевого пузыря	да	нет	
Заболевания щитовидной и других желез	да	нет	
Увеличение лимфатических узлов	да	нет	
Сахарный диабет. Если да, какой тип?	да	нет	
Операции. Какие, когда?	да	нет	
Травмы. Какие, когда?	да	нет	
Эпилепсия, судорожные припадки	да	нет	
Заболевания центральной и периферической нервной системы	да	нет	
Заболевания крови (нарушение свертываемости и прочие)	да	нет	
Заболевания ЛОР-органов (уха, горла, носа)	да	нет	
Заболевания глаз	да	нет	
Заболевания костной системы, суставов	да	нет	
Заболевания кожи	да	нет	
Грибковые заболевания (были/есть)	да	нет	
Проводилось ли исследование на ВИЧ, СПИД. Если да, то уточните результат.	да	нет	
Была длительная необъяснимая лихорадка	да	нет	
Являетесь ли Вы донором?	да	нет	
Проводились переливания крови. Когда?	да	нет	
Туберкулез	да	нет	
Гепатит В, С, Д	да	нет	
Венерические заболевания	да	нет	
Герпес. Если да, то частота обострений?	да	нет	
Наличие плотных выступающих и/или келоидных рубцов	да	нет	
Наличие гормональных нарушений	да	нет	
Обострение хронических заболеваний в настоящий момент	да	нет	
Острые инфекционные заболевания в настоящий момент (грипп, ОРЗ и т.д.)	да	нет	

Есть ли у Ваших близких родственников хронические заболевания? (онкология, сахарный диабет, инсульт, инфаркт и т.д.)	да	нет	
Ваша работа связана (ранее или сейчас) с вредными факторами: химическими, физическими (излучения, высокое давление, вибрации и т.д.)	да	нет	
Быстро ли Вы устаете?	да	нет	
Вы курите или курили?	да	нет	
Употребляете ли Вы наркотические средства?	да	нет	
Злоупотребляете ли Вы алкоголем?	да	нет	
Наблюдается ли у Вас повышенная раздражительность?	да	нет	
Часто ли Вы чувствуете себя несчастным и подавленным?	да	нет	
Принимаете лекарственные препараты. Какие?	да	нет	
Состоите на учете в лечебном учреждении. Каком?	да	нет	
Другие заболевания. Какие?	да	нет	
ДЛЯ ЖЕНЩИН:			
Беременны ли Вы?	да	нет	
Общее количество беременностей	да	нет	
Общее количество родов	да	нет	
Делали ли Вы аборт? Когда и сколько?	да	нет	
Являетесь ли Вы кормящей матерью?	да	нет	
Имеется ли нарушение менструального цикла?	да	нет	
Дата последней менструации	да	нет	
Есть ли у Вас менопауза? Если да, то с какого возраста?	да	нет	
Принимаете ли Вы гормональные контрацептивы?	да	нет	
Гинекологические заболевания	да	нет	

Используемые косметические средства в течение последних 6 месяцев:

Проведенные в течение последнего года профессиональные косметологические процедуры:

Были ли у Вас негативные последствия после проведенных ранее косметологических процедур:

Я информирован, что сведения о состоянии моего здоровья рекомендуется обновлять 1 раз в год.

_____ 20__ г.

Подпись Пациента/ _____

Есть ли изменения в состоянии Вашего здоровья на 20 _____ год: ДА/НЕТ (нужное подчеркнуть). Если да, то какие? _____

_____ 20__ г.

Подпись Пациента/ _____

Есть ли изменения в состоянии Вашего здоровья на 20 _____ год: ДА/НЕТ (нужное подчеркнуть). Если да, то какие? _____

_____ 20__ г.

Подпись Пациента/ _____

Мы благодарим Вас, за то, что, заполнив анкету, Вы заботитесь о своем здоровье, и помогаете нам выбрать для Вас индивидуальный наиболее подходящий Вам план лечения.