

Форма предварительной информации

Просим Вас заполнить данную форму перед первой консультацией в клинике Дократес. Данная информация необходима для планирования обследования и лечения, а также для их проведения.

Фамилия и имя	
Дата рождения	
Профессия	

Вы курите?	<input type="checkbox"/> нет, никогда не курил(а) <input type="checkbox"/> нет, бросил в _____ году <input type="checkbox"/> да, сколько лет _____	
Употребление алкоголя	<input type="checkbox"/> не употребляю <input type="checkbox"/> в среднем _____ в неделю	
Раковые заболевания среди близких родственников		
Степень родства:	Тип ракового заболевания:	Возраст начала заболевания:
Принимаемые медикаменты и дозировки (продолжите на обратной стороне, если необходимо)	Название препарата и действующее вещество	Дозировка и год начала приема
Принимаемые витамины, природные и минеральные добавки		
Аллергии (в частности, на медикаменты)		
Для женщин:		
Год завершения менструаций:	Гормонозаместительная терапия:	
Роды (год):	<input type="checkbox"/> в настоящее время <input type="checkbox"/> применяю с: _____ г.	

Рост	Вес
------	-----

**Страдаете ли Вы в настоящее время или были ли у Вас ранее следующие заболевания?
(отметьте имеющиеся крестиком, укажите год и дополнительную информацию)**

- злокачественная опухоль / рак _____
- гипертония, сердечно-сосудистые заболевания _____
- кардиостимулятор _____
- диабет 1 типа _____
- диабет 2 типа _____
- заболевание щитовидной железы _____
- венозный тромбоз, тромбоэмболия легочной артерии _____
- склонность к кровотечению _____
- заболевание легких _____
- заболевание мочевыводящих путей _____
- болезнь кожи _____
- ушные заболевания или проблемы со слухом _____
- заболевания желудка или кишечника _____
- заболевания печени, поджелудочной железы _____
- заболевания почек _____
- неврологические заболевания _____
- частые головные боли, мигрень _____
- заболевания нервной системы _____
- глазные заболевания _____
- ревматоидные артрит или другое ревматическое заболевание _____
- заболевания опорно-двигательного аппарата _____
- другое заболевание _____
- переболел COVID-19, когда: _____
- получил прививку от COVID-19, когда: _____
- Проводились ли Вам операции? (год) _____
- посторонние предметы в теле (которые могут помешать диагностическим снимкам, например, протез бедра) _____

Выберите правильный вариант (отметьте и уточните)

Нет Да

- Есть ли у вас какие-либо заболевания, передающиеся через кровь (ВИЧ, гепатит, стафилококк)?
Какие? _____
- Брали ли у Вас анализ на стафилококк? Где и когда? _____
- Находились ли Вы на лечение в больнице в течение последних 6 месяцев?
- Работаете ли Вы или работали в больнице? Где и когда? _____

Подпись

Место и дата: _____ / _____ / 20_____

Подпись (за несовершеннолетнего подписывает родитель) Фамилия и имя