

Анкета для пациента, поступающего в отделение медицинской реабилитации

Просим Вас ответить на вопросы анкеты для того, чтобы Ваше лечение или лечение Вашего ребенка было эффективным и безопасным.

Заполните анкету шариковой ручкой, нужное подчеркните или обведите.

Пожалуйста, укажите, есть ли у Вас (Вашего ребенка):

- | | |
|---|---------|
| 1. Инвалидность | НЕТ /ДА |
| Группа ____ по какому заболеванию _____ | |
| 2. Эпилепсия /эписиндром | НЕТ /ДА |
| 3. Заболевания щитовидной железы | НЕТ /ДА |
| Укажите диагноз _____ | |
| 4. Тромбофлебит, варикозные узлы на ногах | НЕТ /ДА |
| 5. Заболевания крови | НЕТ /ДА |
| 6. Онкологические заболевания | НЕТ /ДА |
| 7. Проблемы с сердцем | НЕТ /ДА |
| В том числе | |
| Аритмии | НЕТ /ДА |
| Порок сердца | НЕТ /ДА |
| Установлены: | |
| Кардиостимулятор | НЕТ /ДА |
| Стенты | НЕТ /ДА |
| 8. Аллергические реакции | НЕТ /ДА |
| Если да, то на что, _____ | |
| _____ | |

Была ли реакция на медикаменты	НЕТ /ДА
на какие _____	

- | | |
|---|---------|
| 9. Кожные заболевания (экзема, псориаз, ихтиоз, иные высыпания) | НЕТ /ДА |
| 10. Хронические заболевания : щитовидной железы, варикоз, гипертония, сахарный диабет, др _____ | |
| _____ | |
| _____ | |

Об ответственности за предоставление ложных сведений предупрежден (а).

Подпись _____ ФИО пациента полностью _____

Дата заполнения анкеты _____ 2024

Подпись и ФИО законного представителя : _____

Телефон: