

Анкета нового пациента

Пустая форма для заполнения от руки перед первым визитом.

ФИО

Дата

Личные данные

Дата рождения

Телефон

Пол

☐ мужской ☐ женский ☐ не указывать

Рост (см) / вес (кг)

Медицинская информация

Аллергии на лекарства

Если аллергий нет, напишите: нет.

Лекарства, которые принимаете сейчас

Укажите названия, дозировки и время приема.

Перенесенные операции

Какая операция и когда выполнялась.

Анкета нового пациента

Продолжение. Что уже обследовали и лечили.

Хронические заболевания

Какие исследования проводились и что обнаружили?

Укажите исследование, дату, место и основные результаты.

Какие препараты принимали по поводу этого заболевания?

Название, дозировка, длительность, помогли ли препараты, были ли нежелательные реакции.

Выполнялась ли биопсия?

☐ нет ☐ да ☐ не знаю

Если биопсия выполнялась: когда, где и что она показала?

Другие вмешательства по поводу заболевания

Операции, пункции, катетер, стент и другие процедуры: что, когда, где и с каким результатом.

Анкета нового пациента

Продолжение. Причина обращения.

Что вас беспокоит?

Опишите жалобы: что беспокоит, когда началось и как менялось.

Кто направил

☐ обратился сам ☐ терапевт ☐ другой врач ☐ по рекомендации

Какие вопросы вы хотите обсудить на консультации?

Возьмите форму на прием вместе со снимками и медицинскими заключениями.