

АНКЕТА ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА

ФИО _____

ПОЛ _____ РОСТ _____ МАССА ТЕЛА _____ ВОЗРАСТ _____

Пожалуйста внимательно прочитайте и заполните ответы.

Дайте развернутый ответ при наличии заболевания.

Находитесь ли Вы сейчас под наблюдением врача?..... Да..... Нет

Госпитализировались ли Вы в течение года? Да..... Нет

Есть ли у Вас сейчас или было когда-нибудь одно их перечисленных ниже заболеваний?

Заболевания сердечно-сосудистой системы

Гипертоническая болезнь..... Да..... Нет

Ишемическая болезнь сердца..... Да..... Нет

Инфаркт миокарда..... Да..... Нет

Нарушение сердечного ритма и проводимости..... Да..... Нет

Операции на сердце..... Да..... Нет

Одышка при ходьбе, отеки ног..... Да..... Нет

АКШ..... Да..... Нет

Другие..... Да..... Нет

Заболевания сосудистой системы

Наличие тромбов..... Да..... Нет

Варикозное расширение вен..... Да..... Нет

Стентирование..... Да..... Нет

Другое.....

Ревматические заболевания

Диффузные заболевания соединительной ткани? Да..... Нет

Ревматизм..... Да..... Нет

Полиартрит..... Да..... Нет

Полимиозит..... Да..... Нет

Другие.....

Заболевания дыхательной системы

Бронхиальная астма Да..... Нет

Туберкулез легких..... Да..... Нет

Хронический ринит..... Да..... Нет

Хронический тонзилит..... Да..... Нет

Хронический бронхит..... Да..... Нет

Другие.....

Эндокринные заболевания

Заболевания щитовидной железы..... Да..... Нет

Сахарный диабет I типа..... Да..... Нет

Сахарный диабет II типа..... Да..... Нет

Острый тиреоидит..... Да..... Нет

Другие эндокринные заболевания.....

Заболевания внутренних органов

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки..... Да..... Нет

Желчекаменная болезнь..... Да..... Нет

Мочекаменная болезнь..... Да..... Нет

Заболевания крови

Анемия..... Да..... Нет

Лейкоз..... Да..... Нет

Кровотечения..... Да..... Нет

Гематомы после лёгких ушибов..... Да..... Нет

Другие заболевания крови..... Да..... Нет

Заболевания кожи

Гнойные процессы (абсцесс) Да..... Нет

Грибковые заболевания..... Да..... Нет

Экзема..... Да..... Нет

Опоясывающий лишай..... Да..... Нет

Туберкулез кожи..... Да..... Нет

Чесотка..... Да..... Нет

Другие..... Да..... Нет

Вирусные инфекции и паразиты

- Герпес (указать какой тип)..... Да..... Нет
- ВИЧ..... Да..... Нет
- Сифилис..... Да..... Нет
- Инфекционный гепатит А,В,С..... Да..... Нет
- Хламидиоз..... Да..... Нет
- Другие вирусные инфекции (какие).....
- Паразиты (какие).....

Глазные заболевания

- Глаукома..... Да..... Нет
- Катаракта..... Да..... Нет

Болезни нервной системы

- Эпилепсия..... Да..... Нет
- Неврозы..... Да..... Нет
- Шизофрения..... Да..... Нет
- Депрессивный синдром..... Да..... Нет
- Рассеянный склероз..... Да..... Нет
- Другие заболевания нервной системы..... Да..... Нет

Вредные привычки

- Алкоголизм..... Да..... Нет
- Курение..... Да..... Нет
- Наркомания..... Да..... Нет
- Кофе (сколько чашек в день) Да..... Нет

Онкологические заболевания

- Новообразования (указать где)..... Да..... Нет
- Проведение химиотерапии или облучения..... Да..... Нет

Вопросы для женщин

- Беременность (срок) Да..... Нет
- Опущение органов малого дна..... Да..... Нет

Перенесенные заболевания опорно-двигательного аппарата

(указать в письменной форме)

- Ушибы.....
- Травмы.....

Переломы.....

Металлоконструкции.....

Прием лекарственных аппаратов

(укажите лекарства, которые Вы принимали в течение последних 6 недель)

Обезболивающие препараты (какие).....

Гипотензивные препараты (какие).....

Сердечные аппараты (какие).....

Транквилизаторы (какие)

Наркотические средства (какие).....

Миорелаксанты (какие).....

Другие лекарства.....

Имеются ли у Вас аллергические реакции на медицинские аппараты (как проявляются)

.....

Имеются ли у Вас аллергические реакции на что-то иное (как проявляются)

.....

Вышеуказанное мной является правдой.

Откуда Вы о нас узнали?

Являюсь вашим постоянным клиентом

Посоветовали друзья, знакомые

Сайт/Интернет

Instagram

VK

YouTube

Другое

Подпись.....

Дата.....