



Анкета пацієнта

Прізвище: _____
 Дата народження: _____
 Країна/місце походження: _____
 Знання мов: _____

Ім'я _____
 Громадянство _____

Тільки для неповнолітніх законний опікун

Прізвище: _____
 Дата народження: _____

Ім'я _____
 Громадянство _____

Контактні дані

Номер телефону/мобільного телефону: _____
 Електронна пошта _____
 Поточна адреса (вулиця/№ будинку/місто): _____
 Номер телефону перекладача _____

Будь ласка, якомога точніше дайте відповідь на наступні запитання про стан свого здоров'я! Інформація захищена лікарською таємницею та положеннями про захист даних і буде оброблятися суворо конфіденційно.

Серцево-судинні захворювання так ні
 Порушення згортання крові так ні
 Судомні розлади (епілепсія) так ні
 Астма/за захворювання легенів так ні
 Припадки непритомності так ні
 Цукровий діабет так ні
 За захворювання печінки/гепатит так ні
 Хвороби нирок так ні
 Ревматизм/артрит так ні
 За захворювання щитовидної залози так ні
 Туберкульоз так ні
 ВІЛ-інфекція/стадія СНІД так ні
 Інфекц. захворювання (напр. MRSA) так ні
 Наркозалежність так ні
 Курець так ні

Ви вагітні? так ні
 Якщо так, на якому місяці?..... місяць

Інші захворювання так ні

Алергії або непереносимість:

Місцева анестезія/ін'єкції так ні
 Антибіотики так ні
 Знеболювальні так ні
 Інше:

Вам вже робили рентген зубів? так ні
 Якщо так, то коли?

Ви маєте проблеми з жуванням через відсутність зубів? так ні

Ви вже відвідували лікаря загальної практики? так ні
 Якщо так, то якого лікаря?

Які ліки ви приймаєте регулярно чи зараз? починаючи з
 починаючи з
 починаючи з

....., дата: Підпис