

АНКЕТА ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я

Шановний пацієнте! Існує ряд захворювань і особливих станів організму, які можуть вплинути на вибір методів та обсяг Вашого лікування. Тому просимо достовірно й уважно заповнити цей бланк. Якщо Вам щось незрозуміло, або Ви не знаєте, як відповісти, уточніть, будь ласка, у лікаря. Нижченаведені дані є лікарською таємницею, які не підлягають розголошенню та служать тільки з метою контролю стану Вашого здоров'я під час лікування.

ПІБ пацієнта	_____		
Дата народження	_____	Телефон	_____
Адреса	_____		

БУДЬ ЛАСКА, ВІДМІТЬТЕ У ТАБЛИЦІ ТАК ЧИ НІ

№	ВКАЖІТЬ ПЕРЕНЕСЕНІ І СУПУТНІ ЗАХВОРЮВАННЯ	ТАК	НІ	№	СКАРЖИТЕСЯ НА:	ТАК	НІ
1.	Інфаркт міокарда, інсульт	—	—	1.	напади ядухи, задишки чи тяжкого дихання	—	—
2.	Серцева недостатність	—	—	2.	часту чи постійну закладеність носа	—	—
3.	Аритмія, наявність кардіостимулятора	—	—	3.	свербіння та /або почервоніння очей, повік, носа	—	—
4.	Підвищений/знижений тиск	—	—	4.	висипи на шкірі, почервоніння, набряки шкіри, відчуття свербіжущої шкіри	—	—
5.	Уповільнене згортання крові	—	—	5.	втрата свідомості	—	—
6.	Цукровий діабет	—	—	6.	чи є алергія на будь-що? (вказати на що саме)	—	—
7.	Анемія	—	—	7.	Ниркова недостатність	—	—
8.	Чи відзначалися у родичів стани, названі в п. 1-7? Якщо так, то що й у кого?	—	—	8.	Печінкова недостатність	—	—
9.	Туберкульоз	—	—	9.	Бронхіальна астма	—	—
10.	Чи приймаєте на даний момент чи протягом останніх двох тижнів будь-які медикаменти? Якщо «ТАК», то вкажіть їх назву і причину призначення.	—	—	10.	Епілептичні напади	—	—
11.	Ви палите? Якщо «ТАК», скільки сигарет на день і як довго?	—	—	11.	Захворювання щитовидної залози	—	—
12.	Ви вагітні? (для жінок)	—	—	12.	Захворювання шлунково-кишкового тракту	—	—
13.	Чи є у Вас якась інформація, яка, на Вашу думку, повинна бути врахована під час лікування?	—	—	13.	Гепатит А (хвороба Боткіна), В, С. Якщо «ТАК» – в якому році?	—	—
14.	Ваш звичний кров'яний тиск, мм. рт. ст.	—	—	14.	Венеричні захворювання ВІЛ/СНІД	—	—

Своїм власним підписом я підтверджую точність та достовірність усіх вищезазначених персональних даних. Я розумію, що збір, обробка, використання та зберігання таких даних персоналом клініки не порушує моїх прав і

законних інтересів, у т. ч. передбачених Законом України «Про захист персональних даних» від 1 червня 2010р. № 2297-VI зі змінами. Дані про свою особу (особу своєї дитини) я надаю особисто і дозволяю персоналу та адміністрації клініки їх обробляти, використовувати та зберігати для оформлення медичної, інформаційної, правової та іншої документації, внесення до інформаційних, клієнтських баз даних тощо, у випадках коли це необхідно та/або пов'язано із моїм медичним обслуговуванням або оформлення правовідносин. Я як пацієнт, попереджений, що у разі надання неточної, недостовірної чи неповної інформації усі негативні правові та інші наслідки покладаються на мене. Мені зрозуміло, що при медичному обслуговуванні може виникнути необхідність збирання додаткових персональних даних, тому я не заперечую щодо цього при дотриманні вимог чинного законодавства. Клініка зобов'язується забезпечити збереження повної конфіденційності всіх даних пацієнта та виконання положень Закону України «Про захист персональних даних» від 1 червня 2010р. №2297-VI зі змінами та доповненнями.