Анкета пациента ООО «Парацельс»

Уважаемый (ая)_____, просим ответить на предлагаемые вопросы, которые позволяют правильно выбрать лекарственные препараты, БЕЗОПАСНЫЕ ДЛЯ ВАС.

1	Имеется ли у Вас непереносимость (аллергия) лекарственых препаратов или веществ? Укажите на что.....		6	Возникало ли у Вас длительное кровотечение после хирургического вмешательства или ранения?	
2	Болеете ли Вы сердечно-сосудистыми заболеваниями (сердечная недостаточность, ишемическая болезнь, сердечная аритмия, гипертония или гипотония)? Нужное подчеркнуть.		7	Имеете ли Вы заболевания щитовидной железы (гипертиреоз или гипотиреоз)? Нужное подчеркнуть.	
3	Был ли у Вас инфаркт миокарда? Укажите месяц, год.....		8	Болеете ли Вы эпилепсией?	
4	Болеете ли Вы сахарным диабетом?		9	Гепатит, ВИЧ? (когда)	
5	Болеете ли Вы бронхиальной астмой?		10	Болеете ли Вы глаукомой?	

На все вопросы необходимо дать ответ путём записи в соответствующих графах слов «ДА» или «НЕТ», если предлагаются варианты ответа — подчеркнуть нужное.

«____»_____20__г. _____

Анкета пациента ООО «Парацельс»

Уважаемый (ая)_____, просим ответить на предлагаемые вопросы, которые позволяют правильно выбрать лекарственные препараты, БЕЗОПАСНЫЕ ДЛЯ ВАС.

1	Имеется ли у Вас непереносимость (аллергия) лекарственых препаратов или веществ? Укажите на что.....		6	Возникало ли у Вас длительное кровотечение после хирургического вмешательства или ранения?	
2	Болеете ли Вы сердечно-сосудистыми заболеваниями (сердечная недостаточность, ишемическая болезнь, сердечная аритмия, гипертония или гипотония)? Нужное подчеркнуть.		7	Имеете ли Вы заболевания щитовидной железы (гипертиреоз или гипотиреоз)? Нужное подчеркнуть.	
3	Был ли у Вас инфаркт миокарда? Укажите месяц, год.....		8	Болеете ли Вы эпилепсией?	
4	Болеете ли Вы сахарным диабетом?		9	Гепатит. ВИЧ? (когда)	
5	Болеете ли Вы бронхиальной астмой?		10	Болеете ли Вы глаукомой?	

На все вопросы необходимо дать ответ путём записи в соответствующих графах слов «ДА» или «НЕТ», если предлагаются варианты ответа — подчеркнуть нужное.

«____»_____20__г. _____

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

«___»_____**20__г.**

В соответствии со ст. 31 и 32 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан № 5487-1 от 22.07.93г. (с изменениями от 02.03.98г.) и с согласия больного(ой) он (она) информирован (а) о состоянии его (её) здоровья, результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства и результатах проведённого лечения.

Подпись лечащего врача_____

Подпись пациента (или его законного представителя)_____

Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство

«___»_____**20__г.**

В соответствии со ст. 31 и 32 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан № 5487-1 от 22.07.93г. (с изменениями от 02.03.98г.) и с согласия больного(ой) он (она) информирован (а) о состоянии его (её) здоровья, результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства и результатах проведённого лечения.

Подпись лечащего врача_____

Подпись пациента (или его законного представителя)_____