Стартовый №

Медицинская карта-вопросник /
Medical questionanaire

1. Фамилия / surname_____

2. Имя / name_____

3. Отчество_____

4. Дата рождения / Date of birth_____

5. Группа крови/ Blood group_____ ,

резус-фактор / rhesus factor_____

6. Наличие аллергии в анамнезе / Existence of an allergy in the anamnesis

_____

_____

7. Травмы, операции за последнее 12 месяцев / Injuries, operations in 12 months

_____

_____

8. Хронические заболевания в анамнезе / Chronic diseases in the anamnesis

_____

_____

_____

9. Прием медицинских препаратов: постоянно, кратковременно (за последние 30 дней) /

Reception of medical preparations: constantly, quickly (last 30 days)

_____

_____

_____

Подписывая данный документ, я подтверждаю, что предоставил точную информацию о состоянии моего здоровья /

Signing this document, I confirm that provided exact information on a condition of my health.

число / date_____ подпись / signature_____

число / date__ _____ подпись / signature_____

число / date__ _____ подпись / signature_____

число / date__ _____ подпись / signature_____

число / date__ _____ подпись / signature_____

число / date__ _____ подпись / signature_____