ООО «Медицина Жизни» · Клиника доктора Маршенина
ИНН 5024239372 · ОГРН 1235000160372 · Лицензия № Л041-01137-77/01303604 от 19.07.2024
119331, г. Москва, ул. Крупской, д. 1, помещ. 6/1 · 8 909 620-32-22 · info@marshenin.ru · marshenin.ru

АНКЕТА ПАЦИЕНТА

заполняется до первичного приёма; сведения составляют врачебную тайну

Фамилия, имя, отчество	
Дата рождения	
Телефон, e-mail	
Как вы узнали о клинике	□ сайт □ поиск в интернете □ карты □ соцсети □ рекомендация знакомых □ другое: _____

1. С чем вы обращаетесь

Основная жалоба: _____

_____

Как давно беспокоит: _____ Что усиливает / облегчает: _____

Где болит (отметьте): □ голова □ шея □ грудной отдел □ поясница □ плечо □ локоть / кисть □ тазобедренный сустав □ колено □ стопа □ другое: _____

Сила боли от 0 до 10: ___ Ранее обращались к врачу по этому поводу: □ нет □ да: _____

2. Сведения о здоровье (отметьте, если есть)

□ травмы, переломы, операции (какие, когда): _____	□ грыжи и протрузии межпозвонковых дисков
□ остеопороз	□ повышенное или пониженное артериальное давление
□ заболевания сердца, перенесённый инфаркт или инсульт	□ тромбозы, варикозная болезнь, приём препаратов, разжижающих кровь
□ онкологические заболевания (сейчас или в прошлом)	□ сахарный диабет
□ эпилепсия, судороги, обмороки	□ головокружения, шум в ушах
□ острые инфекции, повышенная температура сейчас	□ кожные заболевания в зоне воздействия
□ аллергия (на что): _____	□ установленный кардиостимулятор, металлоконструкции
□ беременность (срок): _____	□ другое: _____

Принимаемые лекарства: _____

Результаты обследований (МРТ, КТ, рентген), которые есть с собой: □ нет □ да: _____

3. Подтверждение

Я подтверждаю, что сообщил(а) достоверные и полные сведения о своём здоровье. Мне разъяснено, что сокрытие противопоказаний может отрицательно сказаться на моём здоровье, а за последствия, наступившие по этой причине, клиника ответственности не несёт (пункт 3.4 договора об оказании платных медицинских услуг).

«__» _____ 20__ г. Подпись _____ / _____ (расшифровка)