

Данни на пациента

Три имена: _____

Година: _____ Дата на раждане: _____ ЕГН: _____

Адрес: _____

Населено място: _____ Пощенски код: _____ Домашен телефон: _____

Мобилен телефон: _____ Служебен телефон: _____

Електронна поща: _____

Анкетно поле 1 - обща информация за пациента (попълва се от пациента):

Как може да определите вашето здравословно състояние?

Отлично Добро С хронично заболяване Лошо

Отговорете на следните въпроси с „да“, „не“ или кратък текст.

Имало ли е промяна във Вашето здравословно състояние през последната година? Да Не

В момента под лекарско наблюдение ли сте по някаква причина?
Ако СТЕ (отговорът Ви е „ДА“), моля, напишете каква: Да Не

Прекарал/а ли сте някога сериозно заболяване или операция?
Ако СТЕ (отговорът Ви е „ДА“), моля, напишете каква: Да Не

Постъпвал/а ли сте в болница или имал/а ли сте сериозно заболяване през
изминалите 5 години? Да Не
Ако СТЕ (отговорът Ви е „ДА“), моля, напишете каква:

Анкетно поле 2 - придружаващи заболявания (попълва се от пациента):

Отговорете на следните въпроси с „да“, „не“ или кратък текст. При наличие на няколко заболявания или избора във въпроса, моля, оградете това, което се отнася към Вас (заболяванията и изборите са отделени едно от друго със символа „/“).

Заболявания на сърдечно-съдовата система (Напр. високо кръвно налягане, стенокардия, аритмия, инфаркт, инсулт и др.)? Да Не

Клапно протезиране на сърцето / стент / изкуствена става / пейсмейкър / дефибрилатор? Да Не

Проблеми с дихателната система? Да Не

Астма? Да Не

Диабет? Да Не

Хормонални заболявания? Да Не

Остеопороза?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Автоимунно заболяване?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Заболяване на черния дроб?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Хепатит А / В / С, HIV, туберкулоза?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Анемия?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Удължено кървене / Имате ли проблеми със съсирването? / Кървели ли сте повече от нормално при леки хирургични операции, като вадене на зъб?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Заболяване на бъбреците?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Рак?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Лъчетерапия / химиотерапия?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Болести на нервната система / епилепсия / припадъци / психични проблеми?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Стомашни проблеми / проблеми с червата?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Алергия към храни / медикаменти / насекоми?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Вредни навици / тютюнопушене / алкохол / наркотици / опиати?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Бременна ли сте? (за жени)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Кърмите ли? (за жени)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
В цикъл ли сте? (за жени)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не
Приемате ли противозачатъчни? (за жени)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не

Добавете нещо, което не е споменато в анкетния лист:

Анкетно поле 3 - прием на медикаменти (попълва се от пациента):

Моля, напишете всякакви медикаменти, включително хранителни добавки и витамини, които приемате.

Име/тип медикамент	Доза	Колко пъти на ден

Допълнителни бележки (попълва се от лекаря):

Декларирам, че информацията написана в „Анкетно поле 1“, „Анкетно поле 2“ и „Анкетно поле 3“ е вярна, и е попълнена от мен:

Три имена: _____

Дата: _____ Подпис: _____