

**ООО "ЭКСПРЕСС-СЕРВИС"**

**Анкета пациента**

**(Просьба заполнять разборчиво)**

|  |
| --- |
| ФИО |
| Дата рождения  |
| Гражданство |
| Паспорт (серия, номер, кем выдан) |
|  |
| Дата выдачи: Код подразделения: |
| СНИЛС:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Адрес: |  |  |
|  |  |  |
|  | ДА | НЕТ |
| Болеете ли Вы сейчас? |  |  |
| Были ли у Вас контакты с больными с инфекционными заболеваниями в последние 14 дней? |  |  |
| Болели ли Вы COVID-19? (если да, то когда) |  |  |
| **Последние 14 дней отмечались ли у Вас:** |  |  |
| - Повышение температуры |  |  |
| - Боль в горле |  |  |
| - Потеря обоняния |  |  |
| - Насморк |  |  |
| - Потеря вкуса |  |  |
| - Кашель |  |  |
| - Затруднение дыхания |  |  |
| Делали ли Вы прививку от гриппа/пневмококка или другие прививки? |  |  |
| Если "да", указать дату |  |  |
| Делали ли Вы прививку от коронавирусной инфекции? |  |  |
| Если "да", указать дату  |  |  |
| Указать название вакцины/вакцин |  |  |
| Были ли у Вас аллергические реакции? |  |  |
| Указать какие: |  |  |
| Есть ли у Вас хронические заболевания? |  |  |
| Указать какие: |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Для женщин:** |  |  |
| Вы беременны?  |  |  |
| Или планируете забеременеть в ближайшее время? |  |  |
| Кормите ли Вы в настоящее время грудью? |  |  |

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_