

Анкета пациента

ФИО _____

Дата рождения _____

	НЕТ	ДА
Болеете ли вы сейчас?		
Были ли у вас контакты с больными 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» укажите дату ___/___/___		
Были ли у вас аллергические реакции?		
Есть ли у вас хронические заболевания? Указать какие _____ _____		
Сокращенно, например: ГБ - гипертоническая болезнь СД – сахарный диабет ИБС – ишемическая болезнь сердца		
Для женщин		
Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?		
Кормите ли вы в настоящее время грудью?		

Дата _____

Подпись пациента _____