

## Медична Форма

Сьогоднішня дата \_\_\_\_\_

Ім'я \_\_\_\_\_

Дата народження \_\_\_\_\_

Чому ви звернулися в клініку? \_\_\_\_\_

Чи приймаєте ви на даний момент будь-які ліки, що відпускаються за рецептом; таблетки проти запліднення; продукція без рецепта; добавки чи вітаміни?

- Так
- Ні

Якщо так, то перелічіть \_\_\_\_\_

Назва ліків	Сила ліків	Скільки разів на день	Причина медицини	Закінчитись? Так/ ні

Чи є у вас алергія або у вас були реакції на будь-що з наступного:

	Так	Ні	Реакція	
Пеніцилін або інші антибіотики				
Кодеїн або інші наркотики				
Сульфаніламідні препарати				

Сьогоднішня дата \_\_\_\_\_

Сульфаніламід				
Йод				
Їжа				
Інше				

Чи є у вас історія будь-якого з наступного:

	Так	Ні
Проблеми серця		
Високий кров'яний тиск		
Астма або туберкульоз		
Епілепсія або судоми		
Головні болі, часті		
Цукровий діабет, високий або низький цукор		
Депресія або смуток		
Тривога або нервозність		
Інша проблема психічного здоров'я		
Інше		
Інше		

Ви коли-небудь робили операції? Так / ні

Якщо так, будь ласка, перерахуйте \_\_\_\_\_

Я підтверджую, що на запитання вище було надано точні відповіді, і я розумію, що надання невірної інформації може бути небезпечним для мого здоров'я.

Сьогоднішня дата \_\_\_\_\_

Підпис \_\_\_\_\_