

Анкета пациента

Информация о персональных данных пациента указана на лицевой стороне

Вопросы	НЕТ	ДА
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		
Были ли у Вас аллергические реакции ¹		
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: _____