

### Анкета для пациента

СНИЛС	
Фамилия	
Имя	
Отчество	
Пол	
Дата рождения	
Гражданство	
Тип документа	
Серия, номер	
Кем выдан	
Дата выдачи	
Код подразделения	
Тип полиса	
Серия, номер	
Страховая организация	
Телефон	
Адрес регистрации	
Адрес проживания	

### Анкета пациента

	ДА	НЕТ
ФИО		
Дата рождения		
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)		
<b>Для женщин</b>		
<b>Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?</b>		
<b>Кормите ли Вы в настоящее время грудью?</b>		
<b>Последние 14 дней отмечались ли у Вас:</b>		
• 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?		
Есть ли у Вас хронические заболевания?		
Указать какие _____		

Дата: \_\_\_\_\_

Подпись: \_\_\_\_\_