|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Вопросы | Дата | Дата | Дата |
| 1. | Был ли у Вас инфаркт миокарда? |  |  |  |
| 2. | Не обнаруживают ли у Вас повышенное кровяное давление? |  |  |  |
| 3. | Болеете ли Вы ревматизмом? |  |  |  |
| 4. | Заражены ли Вы гепатитом,СПИДом? |  |  |  |
| 5. | Болеете ли Вы туберкулезом? |  |  |  |
| 6. | Больны ли Вы диабетом? |  |  |  |
| 7. | Больны ли Вы венерическими заболеваниями? |  |  |  |
| 8. | Бывают ли у Вас припадки,обмороки? |  |  |  |
| 9. | Возникало ли у Вас длительное кровотечение после удаления зуба,хирургических процедур или ранений? |  |  |  |
| 10. | Имеется ли у Вас непереносимость(аллергия) на лекарственные препараты и какие? |  |  |  |
| 11. | Принимаете ли Вы какие-нибудь лекарства в настоящее время? |  |  |  |
| 12. | Имеете ли Вы какие-либо другие серьезные сопутствующие заболевания или перенесенные операции? |  |  |  |
| 13. | Специальный вопрос для женщин:беременны ли Вы? |  |  |  |

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