

# Информация о регистрации пациента

КАК ВЫ УЗНАЛИ О НАС?

ГАЗЕТА

СОЦИАЛЬНЫЕ СЕТИ /  
ПОИСК В ИНТЕРНЕТЕНАПРАВЛЕНИЕ СТРАХОВОЙ  
КОМПАНИЕИ

СЕМЬЯ/ДРУГ

| ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ                                                                                                                  |  |                                            |  |                                    |                                                              |                                           |                                  |                           |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|--|
| ИМЯ (фамилия, имя, второй инициал)                                                                                                     |  | SSN (номер социального страхования)<br>И/П |  | ДАТА РОЖДЕНИЯ                      | ЯЗЫК                                                         | ОСНОВНОЙ ПОСТАВЩИК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ      |                                  | ПОЛ:<br>М Ж               |  |
| АДРЕС ДЛЯ ВЫСТАВЛЕНИЯ СЧЕТОВ                                                                                                           |  |                                            |  | ГОРОД                              |                                                              | СТРАНА/ШТАТ                               | ИНДЕКС                           |                           |  |
| ФАКТИЧЕСКИЙ АДРЕС (если отличается от адреса для выставления счетов)                                                                   |  |                                            |  | ГОРОД                              |                                                              | СТРАНА/ШТАТ                               | ИНДЕКС                           |                           |  |
| ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН XXX-XXX-XXXX                                                                                                          |  | РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН XXX-XXX-XXXX               |  | СОТОВЫЙ ТЕЛЕФОН XXX-XXX-XXXX       |                                                              | ЭЛ.ПОЧТА (example@test.com)               |                                  |                           |  |
| ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД СВЯЗИ (Требуется)<br>Домашний телефон    Рабочий телефон    Сотовый телефон    Эл. почта    Текстовое сообщение |  | СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ                         |  |                                    |                                                              | РАСА                                      |                                  | ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ |  |
| КОНТАКТНОЕ ЛИЦО ДЛЯ СВЯЗИ В ЭКСТРЕННОЙ СИТУАЦИИ                                                                                        |  |                                            |  |                                    |                                                              | ТЕЛЕФОН ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ СВЯЗИ XXX-XXX-XXXX |                                  |                           |  |
| АДРЕС                                                                                                                                  |  |                                            |  | ТЕЛЕФОН №                          |                                                              | ДОЛЖНОСТЬ                                 |                                  |                           |  |
| ОСНОВНОЙ РАБОДАТЕЛЬ                                                                                                                    |  |                                            |  | ВТОРИЧНЫЙ РАБОДАТЕЛЬ (при наличии) |                                                              |                                           |                                  |                           |  |
| АДРЕС                                                                                                                                  |  |                                            |  | АДРЕС                              |                                                              |                                           |                                  |                           |  |
| ГОРОД, СТРАНА, ИНДЕКС                                                                                                                  |  |                                            |  | ГОРОД, СТРАНА, ИНДЕКС              |                                                              |                                           |                                  |                           |  |
| РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН                                                                                                                        |  | ДОЛЖНОСТЬ                                  |  | РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН                    |                                                              | ДОЛЖНОСТЬ                                 |                                  |                           |  |
| ДЕРЖАТЕЛЬ ПОЛИСА / ГАРАНТ (если отличается от пациента)                                                                                |  |                                            |  |                                    |                                                              |                                           |                                  |                           |  |
| ИМЯ (фамилия, имя, второй инициал)                                                                                                     |  | SSN (номер социального страхования)        |  | ДАТА РОЖДЕНИЯ                      | ЯЗЫК                                                         | ОСНОВНОЙ ПОСТАВЩИК МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ      |                                  | ПОЛ:<br>М Ж               |  |
| АДРЕС ДЛЯ ВЫСТАВЛЕНИЯ СЧЕТОВ                                                                                                           |  |                                            |  | ГОРОД                              |                                                              | СТРАНА/ШТАТ                               | ИНДЕКС                           |                           |  |
| АДРЕС С УКАЗАНИЕМ УЛИЦЫ И НОМЕРА ДОМА (если отличается от адреса для выставления счетов)                                               |  |                                            |  | ГОРОД                              |                                                              | СТРАНА/ШТАТ                               | ИНДЕКС                           |                           |  |
| ДОМАШНИЙ ТЕЛЕФОН XXX-XXX-XXXX                                                                                                          |  | РАБОЧИЙ ТЕЛЕФОН XXX-XXX-XXXX               |  | СОТОВЫЙ ТЕЛЕФОН XXX-XXX-XXXX       |                                                              | ЭЛ. ПОЧТА                                 |                                  |                           |  |
| ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД СВЯЗИ (Требуется)<br>Домашний телефон    Рабочий телефон    Сотовый телефон    Эл. почта    Текстовое сообщение |  | СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ                         |  |                                    |                                                              | РАСА                                      |                                  | ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ |  |
| ВЗАИМООТНОШЕНИЯ С ПАЦИЕНТОМ                                                                                                            |  |                                            |  |                                    |                                                              |                                           |                                  |                           |  |
| ПЕРВИЧНОЕ СТРАХОВАНИЕ                                                                                                                  |  |                                            |  |                                    |                                                              |                                           |                                  |                           |  |
| НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ                                                                                                            |  |                                            |  |                                    | ПОЛИС №                                                      |                                           |                                  |                           |  |
| ИМЯ ДЕРЖАТЕЛЯ ПОЛИСА                                                                                                                   |  |                                            |  | ДАТА РОЖДЕНИЯ                      | ГРУППА №                                                     |                                           |                                  |                           |  |
| ВЗАИМООТНОШЕНИЯ С ПАЦИЕНТОМ                                                                                                            |  |                                            |  |                                    | ДОПЛАТА: РСР (врач первичной медицинской помощи)<br>ДОЛЛ.США |                                           | СПЕЦИАЛИСТ                       |                           |  |
| АДРЕС СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ                                                                                                               |  |                                            |  |                                    | ВЫЧИТАЕМАЯ ФРАНШИЗА - САМОСТ.                                |                                           | ВЫЧИТАЕМАЯ ФРАНШИЗА - ЧЛЕН СЕМЬИ |                           |  |
| ГОРОД, СТРАНА, ИНДЕКС                                                                                                                  |  |                                            |  |                                    | ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ                                       |                                           | ДАТА ИСТЕЧЕНИЯ СРОКА ДЕЙСТВИЯ    |                           |  |
| ВТОРИЧНОЕ СТРАХОВАНИЕ                                                                                                                  |  |                                            |  |                                    |                                                              |                                           |                                  |                           |  |
| НАЗВАНИЕ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ                                                                                                            |  |                                            |  |                                    | ПОЛИС №                                                      |                                           |                                  |                           |  |
| ИМЯ ДЕРЖАТЕЛЯ ПОЛИСА                                                                                                                   |  |                                            |  | ДАТА РОЖДЕНИЯ                      | ГРУППА №                                                     |                                           |                                  |                           |  |
| ВЗАИМООТНОШЕНИЯ С ПАЦИЕНТОМ                                                                                                            |  |                                            |  |                                    | ДОПЛАТА<br>ДОЛЛ.США                                          |                                           |                                  |                           |  |
| АДРЕС СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ                                                                                                               |  |                                            |  |                                    | ВЫЧИТАЕМАЯ ФРАНШИЗА -                                        |                                           |                                  |                           |  |
| ГОРОД, СТРАНА, ИНДЕКС                                                                                                                  |  |                                            |  |                                    | ДАТА ВСТУПЛЕНИЯ В СИЛУ                                       |                                           | ДАТА ИСТЕЧЕНИЯ СРОКА ДЕЙСТВИЯ    |                           |  |
| СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ                                                                                                                  |  |                                            |  |                                    |                                                              |                                           |                                  |                           |  |
| ИМЯ НАПРАВЛЯЮЩЕГО ВРАЧА                                                                                                                |  |                                            |  | ВРАЧ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  |                                                              |                                           |                                  |                           |  |

**СОГЛАСИЕ НА ЛЕЧЕНИЕ / ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ** Я предоставляю Palomar Health Medical Group право проводить медицинское лечение и выполнять медицинские процедуры, по мере необходимости. Я уполномочиваю передавать медицинскую информацию моему страховщику или агентам страховщика для обработки моих платежей за услуги. Насколько мне известно, вся указанная выше информация является точной и верной.

**ФИНАНСОВАЯ ПОЛИТИКА:** Оплата в полном объеме или доплата ожидается во время предоставления услуги. Вы несете ответственность за предоставляемые услуги, которые не покрываются вашим планом медицинского обслуживания.

**ВОЗМЕЩЕНИЕ СТРАХОВЩИКОМ ПОНЕСЕННЫХ РАСХОДОВ НЕПОСРЕДСТВЕННО УЧРЕЖДЕНИЮ, ОКАЗЫВАЮЩЕМУ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ:** Настоящим, я уступаю все выплаты, выплачиваемые моей страховой компанией, Palomar Health Medical Group.

Подпись Пациента / Опекуна

Дата

Взаимоотношения с пациентом

# Финансовое соглашение с пациентом

## ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

**Вычитаемая франшиза/Совместное страхование:** Все применимые совместные страхования и франшизы подлежат оплате во время предоставления услуги. Будет предоставлена оценка, а оплата потребует до оказания услуг. Данная сумма не является окончательным платежом, и любой дополнительный остаток, причитающийся к уплате после рассмотрения заявления о страховом случае, будет выплачиваться после получения счета. **Инициалы** \_\_\_\_\_

**Доплаты:** Ваша страховая компания требует, чтобы мы взимали доплату на момент предоставления услуг. В соответствии с законами штата и федеральными законами, права на отказ по доплатам не имеется **Инициалы** \_\_\_\_\_

**Чеки:** За возвращенные чеки может взиматься комиссия в размере 30,00 долл. США. **Инициалы** \_\_\_\_\_

**Пациенты, производящие оплату наличными:** Суммы, которые вы уплачиваете за сегодняшнее плановое посещение учреждения, могут не являться вашим окончательным платежом. Другие расходы, которые могут быть начислены за сегодняшний прием, включают в себя, помимо прочего, лабораторные анализы, рентгеновские исследования, любые инъекции, специальные процедуры или дополнительные расходы на посещение учреждения. **Инициалы** \_\_\_\_\_

**Передача заявлений:** В порядке вежливости, Palomar Health Medical Group выставит счет по вашему страхованию. Предложение страховых выплат не является гарантией оплаты. Мы передадим ваши заявления и будем оказывать вам помощь до принятия положительного решения по заявлению. Оплата от вашей страховой компании ожидается в течение 45 дней. Через 45 дней, мы обратимся к вам за полной оплатой. Вы несете ответственность за все непокрытые страховкой услуги в соответствии с руководством вашей страховой компании. Если мы получим информацию, что вы не имеете право на покрытие, или у нас не имеется договора с вашей страховой компанией, вы будете нести ответственность за все понесенные издержки, а оплата должна быть произведена после получения счета. Вашей страховой компании может потребоваться, чтобы вы предоставили определенную информацию непосредственно им. Вы несете ответственность за своевременное выполнение данного требования. Вы несете ответственность за предоставление копии ваших последних страховых карт по всем применимым медицинским планам. Счета, оплата по которым просрочена на 90 дней, могут быть переданы в коллекторское агентство. **Инициалы** \_\_\_\_\_

**Услуги по профилактическому лечению:** Стандартные обследования могут покрываться вашей страховкой. Если во время вашего визита будет рассматриваться медицинская проблема, страховые выплаты по профилактическому лечению больше применяться не будут. Могут взиматься дополнительные сборы, включая, помимо прочего, доплаты, франшизы и совместное страхование. **Инициалы** \_\_\_\_\_

**Дополнительные услуги:** Лабораторные и амбулаторные радиологические процедуры оплачиваются отдельно сторонним поставщиком. При наличии любых вопросов относительно вашего счета, просим связаться непосредственно с ним. **Инициалы** \_\_\_\_\_

**Возмещение страховщиком понесенных расходов непосредственно учреждению, оказывающему медицинские услуги:** Настоящим предоставляется разрешение на раскрытие информации, которая может потребоваться (в соответствии с руководящими принципами HIPAA (Закон о преемственности и подотчетности медицинского страхования)) для обработки и заполнения моей страховой заявки, и оплата медицинской помощи должна производиться непосредственно Palomar Health Medical Group за все оказанные услуги. **Инициалы** \_\_\_\_\_

**Пропущенные приемы:** Просим обратить внимание, что за пропущенные приемы или отсутствие отмены за 24 часов до назначенного времени будет взиматься плата в размере 25,00 долл. США за отмену. Ответственность за данные сборы будет лежать на вас, и счет будет выставляться непосредственно на вас. Помогите нам обеспечивать вам лучшее обслуживание, приходите на запланированные приемы.

Если у вас возникнут финансовые трудности и вам потребуется договориться о специальном плане оплаты, просим связаться с нашей бухгалтерией.

Я подтверждаю, что ознакомился с вышеуказанными положениями, полностью согласен с ними. **Инициалы** \_\_\_\_\_

Я согласен с финансовой политикой Arch Health Medical Group, и понимаю, что несу финансовую ответственность за оплату всех медицинских услуг или лечения, которые мне предоставляются.

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента/опекуна

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
ФИО пациента (печатными буквами)

\_\_\_\_\_  
Дата рождения

# Разрешение на использование и раскрытие медицинской информации Palomar Health Medical Group Уполномоченным лицам

Заполнение настоящего документа уполномочивает раскрытие и использование вашей медицинской информации.

Непредоставление всей запрашиваемой информации может привести к недействительности данного разрешения.

## ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

|                                     |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|
| *ИМЯ (фамилия, имя, второй инициал) | ДЕВИЧЬЯ ИЛИ ДРУГАЯ ФАМИЛИЯ |
| *ДАТА РОЖДЕНИЯ                      | ТЕЛЕФОН                    |

Я, \_\_\_\_\_ (пациент) (печатными буквами) настоящим уполномочиваю **Palomar Health Medical Group** передавать **любую и всю** информацию о моем *здоровье, медицинском состоянии* или *выставлении счетов за услуги* членам семьи или другим лицам, которые указаны выше. Это включает в себя устные обсуждения с медицинским/сестринским персоналом и копии моей медицинской карты.

## УПОЛНОМОЧЕННЫЕ ЛИЦА

|     |         |
|-----|---------|
| ФИО | ТЕЛЕФОН |
| ФИО | ТЕЛЕФОН |
| ФИО | ТЕЛЕФОН |
| ФИО | ТЕЛЕФОН |
| ФИО | ТЕЛЕФОН |
| ФИО | ТЕЛЕФОН |
| ФИО | ТЕЛЕФОН |
| ФИО | ТЕЛЕФОН |
| ФИО | ТЕЛЕФОН |
| ФИО | ТЕЛЕФОН |
| ФИО | ТЕЛЕФОН |

## \*ЦЕЛЬ ТАКОГО РАСКРЫТИЯ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В СЛЕДУЮЩЕМ

По моему запросу    Постоянный медицинский уход    Другое \_\_\_\_\_

Указать ограничения (при наличии) относительно использования информации: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Разрешение на использование и раскрытие медицинской информации Palomar Health Medical Group уполномоченным лицам

---

### \*Истечение срока действия разрешения

Данное разрешение вступает в силу после подписания и прекращает действовать после направления письменного отзыва.

### Права пациента

Я, пациент или законный представитель пациента, понимаю, что:

- › Я могу отозвать данное разрешение, в любое время, при направлении подписанного мной или от моего имени письменного уведомления по адресу:

Palomar Health Medical Group  
15611 Pomerado Road Poway,  
CA 92064

Если я отзову данное разрешение, данный отзыв не будет влиять на какие-либо действия, предпринятые до получения отзыва Партнерами Palomar Health.

- › Информация, раскрытая в соответствии с данным разрешением, может быть повторно раскрыта получателем и не защищается федеральным законом о конфиденциальности (HIPAA). Однако законодательство штата Калифорния запрещает лицу, получающему медицинскую информацию, производить ее дальнейшее раскрытие без получения другого разрешения на такое раскрытие, за исключением случаев, когда такое раскрытие требуется или разрешается по закону.
- › Я имею право получить копию настоящего Разрешения.

\*

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента/опекуна

\_\_\_\_\_  
Дата

\*

В случае законного представителя, указать уровень взаимоотношений с пациентом

### \*Требуется для действительного Разрешения

## Форма по многообразию для пациента

### ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Уважаемый пациент Palomar Health Medical Group:

Федеральное правительство требует, чтобы каждый пациент предоставил ответы на следующие вопросы. Просим выбрать варианты, которые подходят вам больше всего, и вернуть представителю администрации.

\*\* *Описания рас и этнической принадлежности указываются ниже*

Я идентифицирую свою расу как:  
(Просим отметить крестиком)

Я отказываюсь  
идентифицировать себя.

Американский индеец или представитель коренного населения Аляски

Азиат

Черный, Афро-Американец

Коренной Гаваец иной представитель Тихоокеанского региона

Островитянин Другой житель тихоокеанских островов

Другая раса- \_\_\_\_\_

Белый

Я идентифицирую свою этническую принадлежность, как: (Просим отметить крестиком)

Я отказываюсь  
идентифицировать себя.

Представитель Центральной Америки

Кубинец

Доминиканец

Испаноязычный или Латиноамериканец/Испанец

Латиноамериканец, мексиканец

Не Испаноязычный или Латиноамериканец

Пуэрториканец

Южноамериканец

Испанец

Предпочтительный для меня язык:  
(Просим отметить крестиком)

Английский

Испанский

Тагальский

Русский

Персидский/фарси

Прочее (указать) \_\_\_\_\_

\*\**Раса определяется как «самоидентификация лица одной или несколькими социальными группами».*

\*\**Этническая принадлежность определяется как самоидентификация лица на основании национальности, языка, культуры и религии, географии или происхождения семьи».*

НЕ НАПРАВЛЯТЬ В NG



## Уведомление о порядке использования личной информации

Стикер пациента

ФИО пациента: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_ Номер истории болезни: \_\_\_\_\_

### Подтверждение получения

#### ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

\_\_\_\_\_  
ФИО пациента (печатными буквами)

\_\_\_\_\_  
Дата рождения пациента

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента/опекуна

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Телефон пациента XXX-XXX-XXXX

\_\_\_\_\_  
ФИО врача

Подписывая данную форму, пациент подтверждает получение «Уведомление о порядке использования личной информации» Palomar Health Medical Group. В нашем «Уведомлении о порядке использования личной информации» предоставляется информация о том, каким образом мы можем использовать и раскрывать защищаемую медицинскую информацию. Мы рекомендуем вам ознакомиться с документом в полном объеме.

**Я подтверждаю получение «Уведомление о порядке использования личной информации» Palomar Health Medical Group.**

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента/опекуна

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
В случае законного представителя, указать уровень взаимоотношений с пациентом

Я желаю получать копию любого измененного Уведомления о порядке использования личной информации по эл. почте.

Адрес моей эл.почты: \_\_\_\_\_

## Информация о предварительных медицинских указаниях PHMG

Стикер пациента

ФИО пациента: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_ Номер истории болезни: \_\_\_\_\_

### Ваши права в качестве пациента Palomar Medical Group

У вас имеется законное право сообщать о своих пожеланиях относительно вашего медицинского обслуживания, включая право согласиться на лечение или отказаться от лечения. Документ «Предварительные медицинские указания» представляет собой средство уточнить ваши пожелания и сделать их юридически обязательными.

### Что такое Предварительные медицинские указания?

Это юридический документ, который позволяет вам указать пожелания относительно искусственного поддержания жизненных функций. Он также позволяет вам указать лицо, которому вы доверяете принимать решения в случае вашей недееспособности. Данный документ заменяет документы «Волеизъявление» и «Медицинская доверенность». Вы можете определить врача первичной медицинской помощи и указать свои пожелания по применению СЛР, зондов для искусственного кормления, дыхательных аппаратов, обезболивающих средств, донорства органов и прочие пожелания.

### Каким образом я могу получить более подробную информацию?

- › **Интернет-ресурсы**  
[http://ag.ca.gov/consumers/general/adv\\_hc\\_dir.php](http://ag.ca.gov/consumers/general/adv_hc_dir.php)  
<http://www.cmanet.org/about/patient-resources/end-of-life-issues/advance-directives>  
<http://www.coalitionccc.org/>
- › **Буклет «Найдите свой путь»** представляет собой полезное руководство для того, чтобы обдумать и обсудить данные вопросы. Для получения копии, отправьте чек на 1,50 долл. США (уплачивается «CHCD») в Центр медицинских решений, 3400 Data Drive, Rancho Cordova, CA 95670, или сделайте заказ на сайте, [www.chcd.org](http://www.chcd.org).

### Каким образом я могу получить форму документа «Предварительные медицинские указания»?

Калифорнийская медицинская ассоциация – Набор, доступный за символическую плату (в настоящее время 6 долл. США)

1201 J St. STE 200                      Тел.: **800.786.4262**  
Сакраменто, CA 95814                Факс: **916.551.2036**

Получите форму онлайн бесплатно:  
<http://ag.ca.gov/consumers/pdf/AHCDS1.pdf>

### Какие прочие типы указаний доступны?

- › Распоряжения для врачей об искусственном поддержании жизни (POLST) - данный документ дополняет Предварительные медицинские указания, поскольку представляет собой подписанное и готовое распоряжение для врача на случай необходимости искусственного поддержания жизни. Можно сделать конкретные указания относительно СЛР и медицинских вмешательств, таких как искусственное дыхание и искусственное кормление.

У Palomar Health Medical Group имеется письменная политика относительно Предварительных указаний. Поставьте крестик в окошке ниже, если желаете получить более подробную информацию.

**Пациенты:** Поставьте крестик в соответствующем окошке:

- У меня имеются Предварительные указания и/или POLST. Я желаю предоставить Palomar Health Medical Group копию.  
[Предоставить копию одному из сотрудников или отправить по почте по адресу AHMG, 15611 Pomerado Road, Poway, CA 92064, Вниманию: Отдел медицинских записей.]
- У меня имеются Предварительные указания и/или POLST, однако, я не желаю предоставлять AHMG копию таковых.
- У меня не имеется Предварительных указаний и/или POLST.
- Мне бы хотелось получить более подробную информацию о политике по Предварительным указаниям Palomar Health Medical Group.

\_\_\_\_\_

Подпись пациента или законного представителя пациента

\_\_\_\_\_

Дата



# История болезни

|                                    |               |             |                  |
|------------------------------------|---------------|-------------|------------------|
| ИМЯ (ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ВТОРОЙ ИНИЦИАЛ) | ДАТА РОЖДЕНИЯ | ПОЛ:<br>М Ж | СЕГОДНЯШНЯЯ ДАТА |
| АДРЕС                              | ТЕЛЕФОН       | ЭЛ. ПОЧТА   |                  |

## АПТЕЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

|                     |       |           |
|---------------------|-------|-----------|
| АПТЕЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ | АДРЕС | ТЕЛЕФОН № |
| АПТЕЧНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ | АДРЕС | ТЕЛЕФОН № |

## МЕДИЦИНСКИЕ ПРЕПАРАТЫ, БЕЗРЕЦЕПТУРНЫЕ ЛЕКАРСТВА И ВИТАМИНЫ

| НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА, ДОЗИРОВКА, ЧАСТОТА ПРИМЕНЕНИЯ | НАЗВАНИЕ ПРЕПАРАТА, ДОЗИРОВКА, ЧАСТОТА ПРИМЕНЕНИЯ |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
|                                                   |                                                   |
|                                                   |                                                   |
|                                                   |                                                   |
|                                                   |                                                   |
|                                                   |                                                   |
|                                                   |                                                   |

## АЛЛЕРГИИ У ВЗРОСЛЫХ

ПРИМЕЧАНИЕ: УКАЗАННЫЕ ЗДЕСЬ АЛЛЕРГИИ НЕ БУДУТ СВЕРЯТЬСЯ С ТЕКУЩИМ СПИСОМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ.

|                                 |                       |                        |                           |
|---------------------------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|
| АКУПРИЛ (КВИНАПРИЛ)             | ДЕМЕРОЛ               | ЛАТЕКС                 | ПРЕВАЦИД                  |
| АЦЕТАМИНОФЕН                    | ДЕПАКОТ               | ЛЕВОФЛОКСАЦИН          | ПРИЛОСЕК                  |
| АЦИКЛОВИР                       | ДИАБЕТА (ГЛИБУРИД)    | ЛИДОКАИН               | ПРИНИВИЛ                  |
| АДВИЛ (ИБУПРОФЕН)               | ДИАМОКС               | ЛИПИТОР                | ХИНОЛОНЫ                  |
| АЛЬТАС (РАМИПРИЛ)               | ДИКЛОКСАЦИЛЛИН        | ЛОДИН                  | РАНИТИДИН                 |
| АМПИЦИЛЛИН                      | ДОКСИЦИКЛИН           | ЛОПРЕССОР (МЕТОПРОЛОЛ) | СЕПТРА (СУЛЬФАМЕТОКСАЗОЛ) |
| АМАРИЛ (ГЛИМЕПИРИД)             | ЭГГ                   | МИКРОНАЗА (ГЛИБУРИД)   | СУЛЬФА                    |
| АУГМЕНТИН (АМОКСИЦИЛЛИН)        | ЭРИТРОМИЦИН           | МИНОЦИН (МИНОЦИКЛИН)   | ТАГАМЕТ (ЦИМЕТИДИН)       |
| АСПИРИН                         | ФАМОТИДИН             | МОРФИН                 | ТЕГРЕТОЛ (КАРБАМАЗЕПИН)   |
| БАКТРИМ (СУЛЬФАМЕТОКСАЗОЛ)      | ФЛАГИЛ                | МОТРИН (ИБУПРОФЕН)     | ТЕНОРМИН (АТЕНОЛОЛ)       |
| БИАКСИН                         | ФЛОКСИН               | НАПРОСИН (НАПРОКСЕН)   | СТОЛБНЯЧНЫЙ ТОКСИН        |
| КАРАФАТ (СУКРАЛЬФАТ)            | ГЛЮЦЕТРОЛ (ГЛИПИЗИД)  | НЕПТАЗАН               | ТЕТРАЦИКЛИН               |
| ЦЕКЛОР (ЦЕФАКЛОР)               | ГЕПАРИН               | НИАЦИН                 | ТИКЛИД                    |
| ЦЕЛЕБРЕКС                       | ИБУПРОФЕН             | ОКСИКОДОН              | ВАЛИУМ (ДИАЗЕПАМ)         |
| ЦЕФАЛОСПОРИНЫ                   | ИНДЕРАЛ (ПРОПРАНОЛОЛ) | АРАХИС                 | ВАНКОМИЦИН                |
| ЦИПРО (ЦИПРОФЛОКСАЦИН)          | ИНДОЦИН (ИНДОМЕТАЦИН) | ПЕНИЦИЛЛИН             | ВАЗОТЕК                   |
| КЛИНОРИЛ (СУЛИНДАК)             | ИНСУЛИН (ЖИВОТНЫЙ)    | ПЕРКОЦЕТ (ОКСИКОДОН)   | ЗЕСТРИЛ                   |
| КОНТРАСТНЫЕ СРЕДСТВА (ИОВЕРСОЛ) | ЙОД ИЛИ МОЛЛЮСКИ      | ПЕРСАНТИН              | ЦИТРОМАКС                 |
| КОДЕИН                          | КЕФЛЕКС (ЦЕФАЛЕКСИН)  | ПЛАВИКС                | ЗОКОР                     |
| КУМАДИН                         | КЛОНОПИН              | ФЕНИТОИН               | ЗИЛОПРИМ (АЛЛОПУРИНОЛ)    |
| ДАРВОН                          | ЛАЗИКС (ФУРОСЕМИД)    | ПРАВОКОЛ               |                           |

## ПИЩЕВЫЕ АЛЛЕРГИИ / ПРОЧИЕ АЛЛЕРГИИ

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

## МЕДИЦИНСКИЙ АНАМНЕЗ

|                            |                        |                                 |             |
|----------------------------|------------------------|---------------------------------|-------------|
| АЛЛЕРГИИ                   | ДАТА НАЧАЛА            | ЗАБОЛЕВАНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ     | ДАТА НАЧАЛА |
| АНЕМИЯ                     | ДАТА НАЧАЛА            | ГЭРБ                            | ДАТА НАЧАЛА |
| АНГИНА                     | ДАТА НАЧАЛА<br>12/6/17 | ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, МИГРЕНЬ          | ДАТА НАЧАЛА |
| ТРЕВОЖНОСТЬ                | ДАТА НАЧАЛА            | БОЛЕЗНИ СЕРДЦА                  | ДАТА НАЧАЛА |
| АРТРИТ                     | ДАТА НАЧАЛА            | БОЛЕЗНЬ СЕРДЕЧНОГО КЛАПАНА      | ДАТА НАЧАЛА |
| АСТМА                      | ДАТА НАЧАЛА            | ГЕПАТИТ / ЗАБОЛЕВАНИЕ ПЕЧЕНИ    | ДАТА НАЧАЛА |
| МЕРЦАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ       | ДАТА НАЧАЛА            | ГИПЕРТОНИЯ                      | ДАТА НАЧАЛА |
| ТРОМБЫ                     | ДАТА НАЧАЛА            | СИНДРОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА | ДАТА НАЧАЛА |
| РАК                        | ДАТА НАЧАЛА            | ИНФАРКТ МИОКАРДА                | ДАТА НАЧАЛА |
| АРИТМИЯ СЕРДЦА             | ДАТА НАЧАЛА            | ОСТЕОПОРОЗ                      | ДАТА НАЧАЛА |
| ХОБЛ                       | ДАТА НАЧАЛА            | ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ        | ДАТА НАЧАЛА |
| ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА | ДАТА НАЧАЛА            | ЭПИЛЕПСИЯ                       | ДАТА НАЧАЛА |
| ДЕПРЕССИЯ                  | ДАТА НАЧАЛА            | ИНСУЛЬТ                         | ДАТА НАЧАЛА |
| ДИАБЕТ                     | ДАТА НАЧАЛА            | ЗАБОЛЕВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ   | ДАТА НАЧАЛА |
| ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ ЛИПИДОВ | ДАТА НАЧАЛА            | ДРУГОЕ                          | ДАТА НАЧАЛА |

## ХИРУРГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

|                                      |      |                                  |      |                                           |      |
|--------------------------------------|------|----------------------------------|------|-------------------------------------------|------|
| АНГИОПЛАСТИКА                        | ДАТА | ЭКСТРАКЦИЯ КАТАРАКТЫ             | ДАТА | ЛАЗЕРНЫЙ КЕРАТОМИЛЁЗ                      | ДАТА |
| АППЕНДЕКТОМИЯ                        | ДАТА | ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ                  | ДАТА | МАСТЭКТОМИЯ                               | ДАТА |
| АРТРОСКОПИЯ                          | ДАТА | КОЛЭКТОМИЯ                       | ДАТА | МИОМЭКТОМИЯ                               | ДАТА |
| ОПЕРАЦИЯ НА СПИНЕ                    | ДАТА | КОЛОСТОМИЯ                       | ДАТА | Открытая репозиция с внутренней фиксацией | ДАТА |
| ДВУСТОРОННЯЯ ПЕРЕВЯЗКА МАТОЧНЫХ ТРУБ | ДАТА | РАСШИРЕНИЕ И ВЫСКАБЛИВАНИЕ       | ДАТА | ТИРЕОИДЭКТОМИЯ                            | ДАТА |
| ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ                    | ДАТА | ОБХОДНОЙ ЖЕЛУДОЧНЫЙ АНАСТОМОЗ    | ДАТА | ТОНЗИЛЭКТОМИЯ                             | ДАТА |
| УВЕЛИЧЕНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ            | ДАТА | ПЛАСТИКА ГРЫЖИ                   | ДАТА | ДРУГОЕ                                    | ДАТА |
| АКШ                                  | ДАТА | ЗАМЕЩЕНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА | ДАТА |                                           |      |
| КАРДИОСТИМУЛЯТОР                     | ДАТА | ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ                | ДАТА |                                           |      |
| РАСКРЫТИЕ ЗАПЯСТНОГО КАНАЛА          | ДАТА | ПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА | ДАТА |                                           |      |

# История болезни

| СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ                 |                      | Нет            |
|----------------------------------|----------------------|----------------|
| ВЗАИМООТНОШЕНИЯ                  |                      | ЖИВ И ЗДОРОВ   |
| ФИО ЧЛЕНА СЕМЬИ                  |                      | СКОНЧАЛСЯ      |
| СДВ/СДВГ                         | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| АЛКОГОЛИЗМ                       | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| АЛЛЕРГИИ                         | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА              | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| АРТРИТ                           | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| АСТМА                            | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ЗАБОЛЕВАНИЕ КРОВИ                | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| РАК                              | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ  | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА       | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА (ИБС) | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ДЕПРЕССИЯ                        | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ЗАДЕРЖКА В РАЗВИТИИ              | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ДИАБЕТ                           | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ЭКЗЕМА                           | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ ЛИПИДОВ       | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ         | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ДЕФЕКТ СЛУХА                     | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ГИПЕРТОНИЯ                       | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| СИНДРОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА  | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| НАРУШЕНИЕ ОБУЧАЕМОСТИ            | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ПСИХИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ          | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| МИГРЕНИ                          | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ОЖИРЕНИЕ                         | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ОСТЕОПОРОЗ                       | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| БОЛЕЗНЬ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ   | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ         | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ЭПИЛЕПСИЯ                        | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ИНСУЛЬТ                          | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ЗАБОЛЕВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ    | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ДРУГОЕ                           | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |

| СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ – Продолжение   |                      |                |
|----------------------------------|----------------------|----------------|
| ВЗАИМООТНОШЕНИЯ                  |                      | ЖИВ И ЗДОРОВ   |
| ФИО ЧЛЕНА СЕМЬИ                  |                      | СКОНЧАЛСЯ      |
| СДВ/СДВГ                         | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| АЛКОГОЛИЗМ                       | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| АЛЛЕРГИИ                         | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА              | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| АРТРИТ                           | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| АСТМА                            | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ЗАБОЛЕВАНИЕ КРОВИ                | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| РАК                              | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ  | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА       | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА (ИБС) | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ДЕПРЕССИЯ                        | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ЗАДЕРЖКА В РАЗВИТИИ              | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ДИАБЕТ                           | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ЭКЗЕМА                           | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ ЛИПИДОВ       | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ         | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ДЕФЕКТ СЛУХА                     | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ГИПЕРТОНИЯ                       | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| СИНДРОМ РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА  | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| НАРУШЕНИЕ ОБУЧАЕМОСТИ            | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ПСИХИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ          | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| МИГРЕНИ                          | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ОЖИРЕНИЕ                         | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ОСТЕОПОРОЗ                       | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| БОЛЕЗНЬ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ   | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ         | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ЭПИЛЕПСИЯ                        | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ИНСУЛЬТ                          | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ЗАБОЛЕВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ    | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |
| ДРУГОЕ                           | ВОЗРАСТ МАНИФЕСТАЦИИ | ПРИЧИНА СМЕРТИ |

## СОЦИАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ

ДАТА ПОСЛЕДНЕЙ ПОЕЗДКИ И ПУНКТ НАЗНАЧЕНИЯ:

## ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ПРИВЫЧКИ (ОТМЕТЬТЕ КРЕСТИКОМ ВСЕ АКТУАЛЬНЫЕ ВАРИАНТЫ)

| ТЕКУЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ:            |               |        |          | ВЕС: 10 ЛЕТ НАЗАД? |                                                                   |                                 |    | 5 ЛЕТ НАЗАД? |                                                      |                             |  | ТЕКУЩИЙ ВЕС? |    |     |  |
|----------------------------------------|---------------|--------|----------|--------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----|--------------|------------------------------------------------------|-----------------------------|--|--------------|----|-----|--|
| ОТЛИЧНО                                |               | ХОРОШО |          | СРЕДНЕ             |                                                                   | ПЛОХО                           |    |              |                                                      |                             |  |              |    |     |  |
| РЕГУЛЯРНЫЕ ЗАНЯТИЯ СПОРТОМ?            | ДА            | НЕТ    | КУРЕНИЕ? | ДА                 | НЕТ                                                               | АЛКОГОЛЬ?                       | ДА | НЕТ          | ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОФЕИНА?                               |                             |  |              | ДА | НЕТ |  |
| СРОК ПОСТОЯННОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ? (ГОДА) | СИГАРЕТЫ      |        | ТРУБКА   | СИГАРЫ             |                                                                   | КОЛИЧЕСТВО ПОРЦИЙ В ДЕНЬ/НЕДЕЛЮ |    |              |                                                      | КОЛИЧЕСТВО ЧАШЕК КОФЕ/ДЕНЬ? |  |              |    |     |  |
| ТИП:                                   | ПАЧЕК В ДЕНЬ: |        |          |                    | БРОСИЛИ? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ |                                 |    |              | КОЛИЧЕСТВО ЧАШЕК ЧАЯ/ДЕНЬ?                           |                             |  |              |    |     |  |
| ЧАСТОТА (НЕД./ВРЕМЯ)                   | ГОДЫ КУРЕНИЯ: |        |          |                    | ГОДЫ, КОГДА БРОСИЛИ:                                              |                                 |    |              | КОЛИЧЕСТВО БАНОК/СТАКАНОВ С ГАЗИРОВАННЫМИ НАПИТКАМИ? |                             |  |              |    |     |  |

## ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

|                                        |                        |                            |                   |                                          |
|----------------------------------------|------------------------|----------------------------|-------------------|------------------------------------------|
| ПОСЛЕДНЯЯ МЕНСТРУАЦИЯ:                 | НЕБОЛЬШОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ | ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ          | РЕГУЛЯРНЫЙ ЦИКЛ   | ПОСЛЕДНИЙ МАЗОК ПО ПАПАНИКОЛУ            |
| ПРОКЛАДКИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ТЕЧЕНИЕ 24 Ч | СИЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ   | ВОЗРАСТ ПЕРВОЙ МЕНСТРУАЦИИ | НЕРЕГУЛЯРНЫЙ ЦИКЛ | ПОСЛЕДНИЙ АНОМАЛЬНЫЙ МАЗОК ПО ПАПАНИКОЛУ |
| ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТАМПОНОВ                 | БЕРЕМЕННОСТИ           | РОДЫ:                      |                   | МЕНОПАУЗА                                |

## ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ (ОТМЕТЬТЕ КРЕСТИКОМ ВСЕ АКТУАЛЬНЫЕ ПОЗИЦИИ) Нет

|                                      |                            |                                         |                                     |                         |
|--------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| УВЕЛИЧЕНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ            | ЛАМПЭКТОМИЯ                | ЭКСТИРПАЦИЯ МАТКИ (ОБЩАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ) | МИОМЭКТОМИЯ                         | САЛЬПИНГООВАРИЭКТОМИЯ   |
| ДВУСТОРОННЯЯ ПЕРЕВЯЗКА МАТОЧНЫХ ТРУБ | КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ           | МАСТЭКТОМИЯ                             | ОПЕРАЦИЯ УМЕНЬШЕНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ | ГИСТЕРЭКТОМИЯ ВЛАГАЛИЩА |
| БИОПСИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ              | РАСШИРЕНИЕ И ВЫСКАБЛИВАНИЕ | ДРУГОЕ:                                 |                                     |                         |

## ВАКЦИНАЦИИ

|                                                                          |                         |           |                          |          |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------|--------------------------|----------|
| ГРИПП                                                                    | ПНЕВМОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ | ГЕПАТИТ В | МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ | СТОЛБНЯК |
| СУХОЙ ТУБЕРКУЛИН, ОЧИЩЕННЫЙ ОТ БЕЛКОВ СРЕДЫ (ИССЛЕДОВАНИЕ НА ТУБЕРКУЛЕЗ) |                         | ДРУГОЕ:   |                          |          |

## ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ УКАЗАНИЯ

Имеются ли у вас Предварительные указания и/или POLST.      Да      Нет

Желаете ли вы обсудить Предварительные указания?      Да      Нет