

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