

Медицинская карта-вопросник / Medical questionanaire

1. Фамилия / surname _____

2. Имя / name _____

3. Отчество _____

4. Дата рождения / Date of birth _____

5. Группа крови/ Blood group _____ ,
резус-фактор / rhesus factor _____

6. Наличие аллергии в анамнезе / Existence of an allergy in the anamnesis

7. Травмы, операции за последнее 12 месяцев / Injuries, operations in 12 months

8. Хронические заболевания в анамнезе / Chronic diseases in the anamnesis

9. Прием медицинских препаратов: постоянно, кратковременно (за последние 30 дней) / Reception of medical preparations: constantly, quickly (last 30 days)

Подписывая данный документ, я подтверждаю, что предоставил точную информацию о состоянии моего здоровья / Signing this document, I confirm that provided exact information on a condition of my health.

число / date _____

подпись / signature _____