«____» _____ 20___ года

Карта общего состояния здоровья

1.	**Имеете ли Вы, или имели какие-либо из перечисленных заболеваний (обведите ДА или НЕТ):**	**Ответы**	
а)	Ревматизм, сердечные заболевания, высокое кровяное давление	Да	Нет
б)	Аллергия или астма	Да	Нет
в)	Потеря сознания, припадки	Да	Нет
г)	Гепатит	Да	Нет
д)	ВИЧ-инфекция	Да	Нет
е)	Диабет	Да	Нет
ж)	Опухоль (доброкачественная или злокачественная)	Да	Нет
з)	Венерические заболевания	Да	Нет
2.	**Была ли у Вас повышенная кровоточивость, связанная с удалением зуба, операцией, травмой?**	Да	Нет
3.	**Было ли кодирование от алкоголя или наркотиков?**	Да	Нет
4.	**Принимаете ли Вы постоянно какие-либо лекарства? Если да, то какие? (_____)**	Да	Нет
5.	**Имеются ли у Вас сердечные датчики?**	Да	Нет
6.	**Для женщин: беременны ли Вы в настоящее время?**	Да	Нет
7.	**Особые отметки:**		

Пациент предупрежден, что неправильная и неполная информация может нанести вред его здоровью.
Я, _____, даю согласие на проведение врачебного осмотра для постановки диагноза и в случае необходимости согласен (а) пройти дополнительную диагностику.

ПАЦИЕНТ: _____ ____ ВРАЧ: _____
(подпись) (подпись)

==========

«Изменений в состоянии здоровья не произошло»

Дата	Подпись пациента	Подпись врача