Анкета

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия |  | | | |
| Возраст |  | | | |
| Ваш рост |  | | | |
| Ваш вес |  | | | |
| Вы работаете | Да | | | нет |
| Вы курите | Да | | | нет |
| Прием алкоголя | нет | Редко | | По праздникам |
| Когда было диагностировано заболевание? |  | | | |
| Случаются ли у Вас эпизоды задержки мочеиспускания? |  | | | |
| Как часто Вы мочитесь ночью? |  | | | |
| Объем предстательной железы по данным ТРУЗИ? |  | | | |
| Ваши хронические заболевания? |  | | | |
| Ваш сахар крови |  | | | |
| Ваше обычное АД |  | | | |
| Перечислите лекарственные препараты, которые получаете регулярно |  | | | |
| Проводились ли Вам операции |  | | | |
| Были ли у Вас ранее аллергические реакции  Укажите, на какие лекарственные препараты | Да | | Нет | |
| Имеется ли у Вас эпицистостома? |  | | | |

Отправляя свои персональные данные я принимаю условия Пользовательского соглашения и даю своё согласие на обработку моих персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», на условиях и для целей, определённых Политикой конфиденциальности