**Анкета пациента**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия |  | | | |
| Возраст |  | | | |
| Рост |  | | | |
| Вес |  | | | |
| Вы работаете | да | | нет | |
| Курите | да | | нет | |
| Прием алкоголя | по праздникам | редко | | нет |
| В течении какого времени беспокоят жалобы |  | | | |
| Последнее обострение (при патологии среднего уха) |  | | | |
| Получаете консервативную терапию по поводу Вашего заболевания, какое именно? |  | | | |
| Ваши хронические заболевания |  | | | |
| Ваш сахар |  | | | |
| Ваше обычное давление |  | | | |
| Перечислите лекарственные препараты которые получаете регулярно |  | | | |
| Проводились ли Вам операции |  | | | |
| Были ли у Вас аллергические реакции. Укажите, какие лекарственные препараты и какая реакция на них |  | | | |
| Укажите источник, откуда Вы узнали о нашей клинике |  | | | |

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

При возможности, отправьте Ваши снимки доктору на электронный адрес.