

## МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА

## ЛИЧНЫЕ ДАННЫЕ

Фамилия \*

Электронная почта \*

Дата рождения \*

Рост \*

Имя

аккаунт в фейсбуке

Пол

 Мужской  Женский

Вес \*

## Зачеркните клетку, соответствующую вашему ответу

## Болезни печени и поджелудочной железы

 Гепатит

Прочее

## Диабет

 Да  Нет

Прочее

Медикаменты ?

## Рак

 Да  Нет

Какие органы

 После операции Радиотерапия Химическая терапия

Если да, то укажите период болезни

с

по

## Аллергии

 Да  Нет

Если так, то что?

## Суставной ревматизм

 Да  Нет

Если да, то укажите период болезни ?

## Дыхательные проблемы

 Астма Эмфизема легких

Медикаменты ?

## Проходили ли вы уже клеточную терапию?

 Да  Нет

Если да, то когда?

Если да, то где?

## Заболевания щитовидной железы ?

 да

Если да, то какие ?

## Заболевания щитовидной железы ?

 Инфаркт

Дата

 Стент Стенокардия Артериальное давление

## Инфекции

 ВИЧ Туберкулез

Если да, то когда?

другие инфекции

## Ваши привычки

Вы курите?

 Да  Нет

Потребление алкоголя

 Да  Нет

Если да, то количество в день ?

## Прочие болезни

## Принимаете ли Вы медикаменты ?

 Да  Нет

Если да, название лекарства