



Анкета о состоянии здоровья

1. Данные о состоянии здоровья:

1.1. Сообщите название и адрес Вашей поликлиники (Страхователь): _____

Сообщите название и адрес Вашей поликлиники (Застрахованное лицо): _____

| | Страхователь | | Застрахованное лицо |
|--|--|--|--|
| 1.2. Рост _____ (см) | | | _____ (см) |
| Вес _____ (кг) | | | _____ (кг) |
| Рост, вес изменились за последний год? (если «да», укажите, пожалуйста, причину) _____ | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> | | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> |
| Артериальное давление _____ | _____ / _____ мм рт. ст. | | _____ / _____ мм рт. ст. |
| 1.3. Ежемесячное потребление алкоголя (укажите, пожалуйста, крепость и количество) _____ | | | _____ (шт. сиг.) |
| 1.4. Ежедневное потребление табака _____ | | | _____ (шт. сиг.) |
| 1.5. Вы употребляете или Вы употребляли раньше наркотические, токсические, психотропные вещества без предписания врача? _____ | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> | | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> |
| 1.6. Являетесь ли Вы инвалидом I, II или III группы, или имеете категорию «ребёнок-инвалид», нуждаетесь в постоянном уходе по состоянию здоровья, имеете направление на медико-социальную экспертизу? _____ | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> | | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> |
| 1.7. В настоящее время Вы находитесь на стационарном, амбулаторном лечении или обследовании? _____ | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> | | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> |
| Переносили ли Вы или имеете сейчас нижеприведённые заболевания: | | | |
| 1.8. Заболевания органов дыхания? (хронический бронхит, пневмония, бронхиальная астма, эмфизема, туберкулёз и др.) _____ | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> | | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> |
| 1.9. Заболевания сердца и сердечно-сосудистой системы? (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, нарушения сердечного ритма, пороки сердца, ревмокардит, сердечно-сосудистая недостаточность и др.) _____ | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> | | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> |
| 1.10. Заболевания головного мозга или периферической нервной системы, психические расстройства? (инсульт, энцефалит, менингит, сотрясения или ушибы головного мозга, эпилепсия, психозы и др.) _____ | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> | | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> |
| 1.11. Заболевания желудочно-кишечного тракта? (язвенная болезнь желудка и/или 12-перстной кишки, гастриты, колиты, цирроз печени, желчно-каменная болезнь и др.) _____ | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> | | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> |
| 1.12. Заболевания мочеполовой системы? (болезни почек, хронический пиело- или гломерулонефрит и др.) _____ | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> | | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> |
| 1.13. Травмы, заболевания опорно-двигательного аппарата и соединительных тканей? (остеохондроз, грыжа Шморля, системная красная волчанка, склеродермия и др.) _____ | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> | | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> |
| 1.14. Заболевания органов слуха и зрения? (хронический отит, тугоухость, близорукость или дальнозоркость более 8 диоптрий, астигматизм, глаукома, катаракта и др.) _____ | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> | | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> |
| 1.15. Заболевания крови и кроветворных органов? (анемия, лейкомия, лимфогранулематоз, гемофилия и др.) _____ | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> | | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> |
| 1.16. Венерические заболевания (сифилис и др.), СПИД или ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит и другие инфекционные заболевания? _____ | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> | | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> |
| 1.17. Заболевания эндокринной системы? (тиреотоксикоз, гипотериоз, заболевания гипофиза и надпочечников, сахарный диабет и др.) _____ | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> | | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> |
| 1.18. Злокачественные или доброкачественные опухоли различных органов? _____ | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> | | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> |
| 1.19. Проводились ли Вам хирургические вмешательства? _____ | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> | | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> |
| 1.20. Вопрос только для женщин: беременны ли Вы? _____ | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> | | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> |
| Укажите, пожалуйста, срок беременности _____ (нед.) Беременность протекает с осложнениями? _____ | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> | | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> |
| 1.21. Страдали ли от диабета, рака, инсульта, заболеваний сердца, повышенного давления, заболеваний почек, психических, наследственных заболеваний Ваши родители, братья или сестры, живые или умершие в возрасте до 60 лет? _____ | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> | | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> |
| 1.22. Вы получаете или получали ранее лечебно-консультативную помощь в наркологическом и/или психоневрологическом и/или противотуберкулёзном и/или онкологическом диспансере? _____ | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> | | да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/> |

