

Бланк медицинской организации

Приложение к медицинской карте № _____

**Анкета здоровья
пациента**

Уважаемый пациент!

Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с вопросами к анамнезу и ответьте на них полностью, давая только утвердительные или отрицательные ответы. Данная информация необходима для того, чтобы лечение соответствовало состоянию Вашего здоровья либо здоровья лица, законным представителем которого Вы являетесь.

ВОПРОСЫ К АНАМНЕЗУ ПАЦИЕНТА:

Вопрос	Ответ (нет/да)
Когда проводилось последнее посещение косметолога или дерматолога?	
(например: чистка лица, пилинг, инъекции и др.)	
Были ли какие-нибудь осложнения при проведении косметологических процедур или анестезии?	нет да
Если да, то какие?	
Были ли аллергические реакции?	нет да
Если да, то какие и на что?	
Ведется ли прием в данное время лекарственных препаратов?	нет да
Если да, то каких и какова дозировка в день?	
Для женщин детородного возраста:	
Беременны ли Вы?	нет да
Есть ли у Вас дети на грудном вскармливании?	нет да
Отмечаются ли значительные изменения артериального давления?	
Повышение артериального давления	нет да
Понижение артериального давления	нет да
Каковы цифры обычного артериального давления?	
Отмечались ли ранее или имеются в настоящее время заболевания:	
Заболевания сердечно-сосудистой системы	нет да
Расстройства дыхательной системы	нет да
Патология мочеполовой системы	нет да
Патология желудочно-кишечного тракта	нет да
Гормональные расстройства	нет да
Заболевания кожи	нет да
Заболевание позвоночника или суставов	нет да
Заболевание крови или нарушение свёртывания крови	нет да
Онкологические заболевания	нет да
Если да, укажите, какие:	
Заболевание центральной нервной системы	нет да
Новая коронавирусная инфекция COVID-19	нет да
Вакцинация от COVID-19, если да, указать дату и вакцину:	
Прочие заболевания: (например: туберкулёз, ВИЧ-инфекция, сифилис, гепатит и др.)	нет да

Вопрос	Ответ (нет/да)
Хронические заболевания кожи (например: акне, розацеа, экзема, псориаз и др.)	нет да
Если да, укажите, какие:	
Курение:	нет да
Количество выкуриваемых сигарет в день: _____ шт.	
Стаж курения: _____ лет	
Употребление алкоголя:	нет да
Если да, укажите:	
- чаще, чем раз в неделю	
- раз в 2 недели	
- раз в месяц	
Употребление наркотиков:	нет да
Связана ли работа с воздействием вредных для кожи факторов:	нет да
(например: частое пребывание на солнце, контакт с химическими веществами, пылью и др.)	
Связана ли работа с деятельностью на химическом производстве, с нефтепродуктами, в агропроме?	нет да
Нахождение в настоящий момент на стационарном лечении:	нет да

Подпись _____ Дата _____

Об изменениях вышеуказанной информации сразу же сообщайте лечащему врачу!

*Информационное согласие
об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг*

Приложение
к договору на оказание платных медицинских
услуг от _____ № _____

ИНФОРМАЦИОННОЕ СОГЛАСИЕ
об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг

г. Уфа

«_____» _____ 20__ г.

На основании статьи 84 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» я, _____, желаю получить платные медицинские услуги в Обществе с ограниченной ответственностью «РЕСТЕТИКА».

Я получил(а) полное и всестороннее разъяснение о предлагаемых диагностических мероприятиях и лечении моего состояния/заболевания.

Мне разъяснено, что я могу получить бесплатно, в рамках системы обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, лечение, соответствующее заболеванию.

Решение об отказе от получения лечения заболевания в рамках обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи мной принято добровольно.

Я ознакомлен(а) с действующим прейскурантом и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним за счет своих личных средств и иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны.

Информацию до пациента довел: _____
(должность, Ф. И. О.) _____
подпись с расшифровкой

Пациент/Законный представитель: _____
Фамилия, имя, отчество _____
подпись