

## МЕДИЦИНСКИ ВЪПРОСНИК

Уважаеми Госпожо, Господине,  
Предлагаме Ви да попълните този медицински въпросник, който ще подпомогне Вашето лечение.  
Информацията, която ни предоставяте е поверителна.

Име ..... Презиме ..... Фамилия .....

Дата на раждане .....

Адрес .....

Дом.тел./ Мобилен тел.....

Месторабота / Професия.....

e-mail: .....

**Вземате ли някакви лекарства?** Да / Не

Какви?

От кога?

За какво заболяване?

**Имате ли установена алергия?** Да / Не

Към какво?

**Име, адрес и телефон на лекуващия Ви лекар?**

Моля попълнете внимателно като оградите верния отговор с кръгче!

<b>Сърдечно-съдови заболявания:</b> Инфаркт Високо кръвно налягане Смущения в сърдечния ритъм Имате ли пейс-мейкър?	Да / Не Да / Не Да / Не Да / Не Да / Не	Пушите ли? Колко цигари дневно?	Да / Не
<b>Кръвни заболявания:</b> Хемофилия	Да / Не Да / Не	Имали ли сте усложнения след зъболечение?	Да / Не
<b>Стомашно-чревни заболявания:</b> Язва	Да / Не Да / Не	Имали ли сте лъчетерапия?	Да / Не
<b>Чернодробни заболявания:</b> Вирусен хепатит (А, В или С)	Да / Не Да / Не	Химиотерапия	Да / Не
<b>Белодробни заболявания:</b> Астма	Да / Не Да / Не	Употребявали ли сте наркотици?	Да / Не
<b>Неврологични заболявания:</b> Епилепсия	Да / Не Да / Не	Кървите ли много след порязване? Вземате ли противосъсирващи лекарства?	Да / Не Да / Не
Диабетик ли сте?	Да / Не	Бременна ли сте в момента? /В случай на забременяване по време на лечението, моля да ни уведомите/	Да / Не
HIV / СПИН?	Да / Не	Вземате ли орални контрацептиви?	Да / Не

*Благодарим Ви!*

Дата  
Подпис