

Анкета пациента

ФИО		
Дата рождения		
СНИЛС (обязательно!)*		
Номер страхового полиса		
Номер телефона		
Болеете ли Вы сейчас?	ДА	НЕТ
Были ли у Вас контакты с больными с инфекционными заболеваниями в последние 14 дней?		
Болели ли Вы COVID 19? (если «да», то когда)		
Для женщин		
Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?		
Кормите ли Вы в настоящее время грудью?		
Последние 14 дней отмечались ли у Вас:		
• Повышение температуры		
• Боль в горле		
• Потеря обоняния		
• Насморк		
• Потеря вкуса		
• Кашель		
• Затруднение дыхания		
Делали ли Вы прививку от гриппа или пневмококка? Если «да», указать дату _____		
Были ли у Вас аллергические реакции?		
Есть ли у Вас хронические заболевания Указать какие _____		
Какие лекарственные препараты Вы принимаете последние 30 дней _____		
Принимаете ли Вы преднизолон?		
Принимаете ли Вы противоопухолевые препараты?		
Принимаете ли Вы противовирусные препараты?		
Проводилась ли Вам лучевая терапия в течении последнего года?		
Были ли у Вас побочные реакции на вакцинацию в прошлом?		

Дата:

Подпись:

* СНИЛС обязателен для отправки данных в личный кабинет пациента на Портал Госуслуг.

В случае отсутствия номера СНИЛС, получить сертификат с QR-кодом о вакцинации на Портале Госуслуг будет невозможно!