

## 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) \_\_\_\_\_

1.4. Ежедневное потребление табака \_\_\_\_\_ (шт. сиг.)

1.5. Являетесь ли Вы инвалидом I, II или III группы, или имеете категорию «ребенок-инвалид», нуждаетесь в постоянном уходе по состоянию здоровья, имеете направление на медико-социальную экспертизу? \_\_\_\_\_ да  нет

### Переносили ли Вы или имеете сейчас нижеприведенные заболевания:

1.6. Заболевания органов дыхания? (хронический бронхит, пневмония, бронхиальная астма, эмфизема, туберкулез и др.)	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.7. 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"/>
1.8. 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"/>
1.9. 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"/>
1.10. 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"/>
1.11. 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"/>
1.12. 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"/>
1.13. 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"/>
1.14. 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"/>
1.15. 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"/>
1.16. Злокачественные или доброкачественные опухоли различных органов?	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.17. Проводились ли Вам хирургические вмешательства?	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.18. 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"/>
1.19. Страдали ли Ваши родители, братья или сестры, живые или умершие в возрасте до 60 лет, от диабета, рака, инсульта, заболеваний сердца, повышенного давления, заболеваний почек, психических, наследственных заболеваний?	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>
1.20. Вы получаете или получали ранее лечебно-консультативную помощь в наркологическом и/или психоневрологическом и/или противотуберкулезном и/или онкологическом диспансере?	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>	да <input type="checkbox"/> нет <input type="checkbox"/>

