**Анкета пациента**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  | **ДА** | **НЕТ** |
| Дата рождения |   |   |
| Болеете ли Вы сейчас? |   |   |
| 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/пневмококка или другие прививки? |   |   |
| Если "да", указать дату \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |   |
| Были ли у Вас аллергические реакции? |   |   |
| Есть ли у Вас хронические заболевания? |   |   |
| Указать какие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |   |

 Дата Подпись

**Анкета пациента**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  | **ДА** | **НЕТ** |
| Дата рождения |   |   |
| Болеете ли Вы сейчас? |   |   |
| 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/пневмококка или другие прививки? |   |   |
| Если "да", указать дату \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |   |
| Были ли у Вас аллергические реакции? |   |   |
| Есть ли у Вас хронические заболевания? |   |   |
| Указать какие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   |   |

 Дата Подпись