

Анкета пациента

ФИО-		
Дата рождения -	телефон-	
Адрес-		
Паспорт-		
Полис	СНИЛС	
	ДА	НЕТ
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 или пневмококка. Если "да", указать дату _____		
Были ли у Вас аллергические реакции?		
Есть ли у Вас хронические заболевания. Указать какие _____		

Дата *

Подпись

(*дата указывается в день вакцинации)