Анкета пациента

Дата :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Причины обращения, текущие жалобы:



* Боли, где и как ощущаются, где источник боли, куда отдает (указать все места, в т. ч., где испытывается дискомфорт)

* Боль в этой области возникла впервые или до этого уже были рецидивы (когда, сколько лет назад?) и какие жалобы в других частях тела сопровождали боль

* Какое средство использовали для устранения боли: пояс, массаж, лекарственные препараты (диклофенак, финалгон и проч.), занятия в тренажерном зале (закачать мышцы спины, вокруг сустава)

1. Обстоятельства, при которых возникают жалобы, боли:

* эмоциональный стресс
* охлаждение/сквозняк
* в ночное время
* как следствие определенной двигательной активности

1. Обстоятельства, которые снижают боль:

* массаж
* тепловые процедуры
* движение/зарядка
* эмоциональный покой
* есть ли положение, в котором боль не испытывается
* лекарства

1. Травмы, случаи, которые Вы помните с ~ указанием года получения:

* падения и ушибы на какую-то части тела, головы (даже если не было переломов, сотрясений, не лежали в больнице и не делали рентгенограмму)
* перенесенные переломы, растяжения, разрывы связок различных суставов, менисков
* попадали ли в автоаварии (где сидели в авто, места повреждений на теле и на автомобиле )
* спортивные травмы

1. Хирургические вмешательства с ~ указанием года получения:

* в детском и подростковом возрасте
* стоматологические (удаление/имплантация зубов, виниры - отметьте на схеме в конце анкеты
* лапароскопические или полостные операции
* операции на глазах
* косметические операции на лице (коррекция носовой перегородки и т.д.)
* пластические операции на лице и теле (укажите, где именно)
* удаление миндалин, аденоидов, полипов в носу и проч.
* эпидуральная анастезия
* кесарево сечение
* разрывы родовых путей, эпизиотомия, эпизиорафия
* удаленные органы или их части

1. Наличие инородных предметов в теле:

* кардиостимулятор
* зубные импланты
* сетка на брюшной стенке при диастазе, недержании мочи
* протез сустава
* пластина из металла после трепанации черепа
* косметические импланты ( на молочных железах, лице и др.)
* другое

1. Бывают ли случаи недержания мочи и стула?\_\_\_\_\_\_да/нет
2. Ваше рабочее АД

9. Откуда узнали о докторе:

□ Личная рекомендация, от кого

□ Через сайт [www.doctorlegoshin.ru](http://www.doctorlegoshin.ru)

□ Инстаграм

□ Другое (указать)

10. Ваша электронная почта

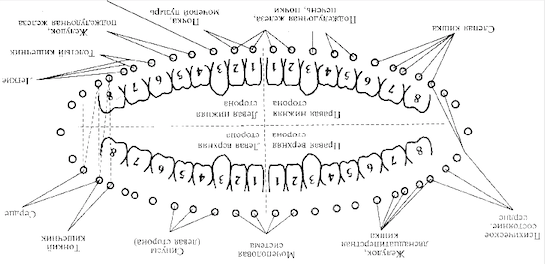
□ Согласны ли получать рассылку с информацией об акциях \_\_\_\_\_\_да/нет

11. Хотите ли получать скидки (10%) \_\_\_\_\_да/нет:

□ за написание отзыва о приеме /докторе /результатах лечения (на сайте,в Instagram,Whatsapp)

□ за размещение Вашей фотографии как иллюстрации результатов лечения (на сайте, в Instagram, в ВКонтакте)

12. Примечание к п.5: отметьте крестиком зубы, которые Вам удаляли/имплантировали и укажите год операции:

 **П** **Л**