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 возникла впервые или уже были случаи раньше (когда, сколько лет назад) и какие жалобы в других частях тела сопровождали боль

* Какое средство с болью использовали ли пояс, массаж, лекарственные препараты ( диклофенак, финалгон и проч.), занятия в тренажерном зале (закачать мышцы спины, сустава)

* Начинали ли заниматься спортом для лечения других болезней
1. Обстоятельства, когда 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 место жалобы не болит
* лекарства
1. Травмы, случаи, которые Вы помните :
* падения и ушибы какой-либо части тела или 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 (обстоятельства и места повреждений на теле и в автомобиле )
* спортивные травмы
1. Хирургические вмешательства:
* в детском и подростковом возрасте
* стоматологические ( депульпирование, удаление зуба, пластинки (в детстве), брекеты, виниры
* 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 брекетов, 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)