



Уважаемый Клиент! Мы всегда тщательно заботимся о безопасности своих Клиентов. Данная медицинская информация нам необходима для подготовки к туру Участников, а также для учета всех Ваших индивидуальных особенностей!

МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА УЧАСТНИКА ТУРА

Дата ___ / ___ / 201__ г.

Общие данные:

Фамилия Имя Отчество _____

Дата рождения ___ / ___ / _____ Профессия/род занятий _____

Адрес _____

Телефон _____ мобильный _____ E-Mail _____

Семейное положение _____ дети _____ Рост _____; Вес _____;

ОТМЕТЬТЕ ПОДХОДЯЩИЕ ОТВЕТЫ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВОПРОСЫ:	ДА/НЕТ	ОБЪЯСНИТЕ ПОДРОБНЕЕ ЕСЛИ УКАЗАЛИ ДА
1. ЕСТЬ ЛИ У ВАС В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ПРОБЛЕМЫ СО ЗДОРОВЬЕМ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
2. БЫЛИ ЛИ У ВАС ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА И/ИЛИ ЛЕЧИЛИСЬ ЛИ ВЫ В БОЛЬНИЦЕ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
3. СТРАДАЕТЕ ЛИ ВЫ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ИЛИ В ПРОШЛОМ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
<ul style="list-style-type: none">• органов дыхания (бронхиальная астма, хронический бронхит, пневмония, туберкулез и т.д.)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
<ul style="list-style-type: none">• сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, стенокардия, инфаркт миокарда, пороки сердца, сердечная недостаточность, тромбозы, заболевания вен).	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
<ul style="list-style-type: none">• психические и нервные болезни (потери сознания, эпилепсия, параличи, неврит, травмы головы, суицидальные попытки).	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
<ul style="list-style-type: none">• пищеварительной системы (гастриты, язвенная болезнь,	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	



желтуха, заболевания печени, желчного пузыря и поджелудочной железы).	
• мочеполовой системы (мочекаменная болезнь, цистит, пиелонефрит, простатит, аднексит).	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
• кожи (псориаз, дерматит, новообразования).	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
• опорно-двигательной системы (костей, суставов, позвоночника, мышц, связок, сухожилий, ревматизм, травмы).	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
• органов зрения (глаукома, катаракта, заболевания сетчатки).	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
• органов слуха (отиты, тугоухость).	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
• эндокринологическими или гематологическими заболеваниями (сахарный диабет, подагра, заболевания щитовидной железы, заболевания надпочечников, анемия, нарушения свертываемости крови).	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
• заболеваниями иммунной системы или инфекционными заболеваниями (ВИЧ/СПИД, инфекционный гепатит).	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
• любые другие заболевания, нарушения или проблемы, не перечисленные выше (указать).	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
• опухоли	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
• любые грыжи	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
• ревматизм	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
• инсульт, нарушение мозгового кровообращения	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
• пересадка органов	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
• туберкулез	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
4. ДЕЛАЛИ ЛИ ВЫ ТЕСТ НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ, КОТОРЫЙ БЫЛ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет



5. ВЫ ПРИНИМАЕТЕ КАКИЕ-ЛИБО ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ВКЛЮЧАЯ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИЕ, СНОТВОРНЫЕ, ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
6. ВЫ ПРИНИМАЕТЕ НАРКОТИКИ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
7. ЕСТЬ ЛИ У ВАС АЛЛЕРГИИ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
8. ПОЛУЧАЛИ ЛИ ВЫ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПЕРЕДАЮЩЕГОСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО ГОДА? БОЛЕЛИ ЛИ ВЫ ВЕНЕРИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
ВАШ ОБРАЗ ЖИЗНИ	
9. ФИЗИЧЕСКАЯ НАГРУЗКА	
• сидячий образ (никакой нагрузки)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
• слабая нагрузка (подъем по лестнице, прогулка до 3 кварталов, гольф)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
• регулярная физическая нагрузка (работа или активный отдых 4 раза в неделю по 30 мин)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
ПИТАНИЕ:	
10. ВЫ НА ДИЕТЕ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
11. ЕСЛИ ДА, НАЗНАЧИЛ ЛИ ВАМ ВРАЧ ДИЕТУ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
АЛКОГОЛЬ:	
12. ВАС БЕСПОКОИТ КОЛИЧЕСТВО АЛКОГОЛЯ, КОТОРОЕ ВЫ УПОТРЕБЛЯЕТЕ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
13. У ВАС БЫЛИ ЗАПОИ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
КУРЕНИЕ:	
14. ВЫ КУРИТЕ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
15. СКОЛЬКО СИГАРЕТ В ДЕНЬ? _____	_____
ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ:	
16. ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ СТРЕСС СЕРЬЕЗНОЙ ПРОБЛЕМОЙ ДЛЯ ВАС?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
17. ЧУВСТВУЕТЕ ЛИ ВЫ ДЕПРЕССИЮ?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет



18. ВЫ ПАНИКУЕТЕ ПРИ СТРЕССЕ?

Да Нет

19. У ВАС ИЗМЕНИЛСЯ АППЕТИТ?

Да Нет

20. ВЫ ЧАСТО ПЛАЧЕТЕ?

Да Нет

21. ВЫ КОГДА-НИБУДЬ ПЫТАЛИСЬ
ПОКОНЧИТЬ С СОБОЙ?

Да Нет

22. ВЫ КОГДА-НИБУДЬ СЕРЬЕЗНО
ДУМАЛИ О НАНЕСЕНИИ СЕБЕ ТРАВМЫ?

Да Нет

23. ВЫ ХОРОШО СПИТЕ?

Да Нет

24. ВЫ КОГДА-ЛИБО ОБРАЩАЛИСЬ К
ПСИХОТЕРАПЕВТУ?

Да Нет

Подписывая данную анкету, подтверждаю свое согласие на обработку и хранение своих персональных данных.

Подпись _____ / _____ /