Приложение №4

 к Договору об оказании

 платных стоматологических услуг

 медицинских услуг

**Анкета здоровья.**

Я, пациент(ка) ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сообщил(а) сведения о наличии у меня заболеваний:

Вирусный гепатит, туберкулез, венерические заболевания, заболевания сердечно- сосудистой системы, онкологические заболевания, психические расстройства, заболевания эндокринной системы, нервной системы, желудочно- кишечного тракта, заболевания крови, другое \_\_\_\_\_\_\_\_

Сообщил(а) сведения о болезнях и манипуляциях перенесенный мною ранее:

Вирусный гепатит, туберкулез, венерические заболевания, ВИЧ- инфекция, онкологические заболевания, пищевая и лекарственная аллергия, заболевания крови другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Есть ли у Вас какие- либо заболевания, состояния или проблемы, о которых необходимо, по Вашему мнению, сообщить врачу дополнительно: ДА\ НЕТ.

Оцените Ваше общее самочувствие на сегодняшний день по шкале:

 0 \_\_\_\_\_1\_\_\_\_2\_\_\_\_3\_\_\_\_4\_\_\_\_\_5\_\_\_\_\_6\_\_\_\_\_7\_\_\_\_\_8\_\_\_\_\_9\_\_\_\_\_\_10

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Подпись)