



Добро пожаловать в наш практики!

Уважаемая пациентка, уважаемый пациент! Для того, чтобы оказывать Вам наиболее оптимальную медицинскую помощь, мы нуждаемся в следующих данных:

Фамилия

Имя

Дата рождения

Улица, номер дома

Индекс, город

Другие врачи, у которых вы лечитесь

Телефон (домашний)

Мобильный

Электронная почта

Семейное положение:  Не замужем / не женат  замужем / женат  в разводе

Рост

Вес

Профессия

Работодатель

Ближайший родственник / опекун (фамилия, имя, номер телефона)

Регулярный приём медикаментов?

мг

Дозировка

Как давно?

### Ваши последние регулярные профосмотры

Check-Up 35

Онкопрофосмотр

Обследование на рак кожи

Наличие прививочного паспорта  есть  нет

Имеющиеся  
прививки:

Столбняк

Дифтерия

Полио

Коклюш

Клещевой энцефалит

Краснуха

Свинка

Ветрянка

Воспаление лёгких

Гепатит А

Гепатит В

Грипп



## Хронические заболевания

Lunge	<input type="radio"/> да	<input type="radio"/> нет	<input type="radio"/> в семье	как давно? _____
Herz	<input type="radio"/> да	<input type="radio"/> нет	<input type="radio"/> в семье	как давно? _____
Blutdruck	<input type="radio"/> да	<input type="radio"/> нет	<input type="radio"/> в семье	как давно? _____
Diabetes	<input type="radio"/> да	<input type="radio"/> нет	<input type="radio"/> в семье	как давно? _____
Rheuma	<input type="radio"/> да	<input type="radio"/> нет	<input type="radio"/> в семье	как давно? _____
Wirbelsäue	<input type="radio"/> да	<input type="radio"/> нет	<input type="radio"/> в семье	как давно? _____

---

Операции (какие и когда)

---

Аллергии

## Система оповещения

Хотите ли Вы воспользоваться бесплатной системой оповещения (по почте, электронной почте или телефону) о предстоящих прививках и профосмотрах?

- Да, я бы хотел пользоваться этой системой
- Нет, мне это не интересно

---

Дата

---

Подпись