

# ОРТОПЕД

Ф.И.О. пациента: \_\_\_\_\_

По поводу какой проблемы вы посещаете врача? \_\_\_\_\_

Дата травмы или начала осложнения: \_\_\_\_\_

Эта травма получена на работе?  Да  Нет

Опишите травму или приступ: \_\_\_\_\_

Вы проходили лечение по этой проблеме ранее?  Нет  Да Если да, где и у кого? \_\_\_\_\_

Вы проходили рентген по этой проблеме?  Нет  Да

*(Если да, принесите с вами, если их делали не в больнице Сильвертон)*

Вы проходили компьютерную томографию или отображение магнитного резонанса?

Нет  Да *(Если да, принесите с вами, если их делали не в больнице Сильвертон)*

Вы или прямые члены вашей семьи были нашими пациентами?  Нет  Да

## МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА:

Было ли у Вас когда-либо следующее:

Диабет?  Да  Нет

Да  Нет

Глаукома?  Да  Нет

Рак?  Да  Нет

Сердечные заболевания?

Да  Нет

Проблемы с крово-  
обращением?  Да  Нет

Хирургические операции?

Да  Нет

Высокое кровяное давление?

Да  Нет

Проблемы с кровотечением?

Да  Нет

Если вы ответили да на любой из вышеуказанных пунктов, пожалуйста поясните: \_\_\_\_\_

Есть ли у вас аллергия? (Включая аллергию на лекарства.)  Да  Нет

Если да, пожалуйста перечислите: \_\_\_\_\_

В настоящее время вы принимаете лекарства?  Да  Нет

Если да, пожалуйста укажите названия и дозы: \_\_\_\_\_