Анкета

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия |  |
| Возраст |  |
| Ваш рост |  |
| Ваш вес |  |
| Объем бедра | см |
| Объем голени | см |
| Сколько лет беспокоят боли в суставе |  |
| Была ли травма сустава | Да | нет |
| Получаете консервативное лечение по поводу заболевания суставов, какое? |  |  |
| Вы работаете | Да | нет |
| Вы курите | Да | нет |
| Прием алкоголя | нет | Редко | По праздникам |
| Время ночного сна | час. |
| Есть ли сонливость в течение дня | Да | Нет |
| Ваши хронические заболевания? |  |
| Ваш сахар крови  |  |
| Ваше обычное АД  |  |
| Перечислите лекарственные препараты, которые получаете регулярно |  |
| Проводились ли Вам операции (если да, то какие?) |  |
| Были ли у Вас ранее аллергические реакции Укажите, на какие лекарственные препараты | Да | Нет |
| Укажите источник, откуда вы узнали о нашей клинике |  |  |
| Укажите адрес проживания (регион, город, поселок) |  |  |
| Укажите дату вакцинации и ревакцинации от Covid-19 (болели или нет)  |  |  |

Отправляя свои персональные данные я принимаю условия Пользовательского соглашения и даю своё согласие на обработку моих персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», на условиях и для целей, определённых Политикой конфиденциальности