

**Медицинская карта-вопросник /  
Medical questionnaire**

1. **Фамилия / surname** \_\_\_\_\_

2. **Имя / name** \_\_\_\_\_

3. **Отчество** \_\_\_\_\_

4. **Дата рождения / Date of birth** \_\_\_\_\_

5. **Группа крови/ Blood group** \_\_\_\_\_ ,

**резус-фактор / rhesus factor** \_\_\_\_\_

6. **Наличие аллергии в анамнезе / Existence of an allergy in the anamnesis**

---

---

7. **Травмы, операции за последнее 12 месяцев / Injuries, operations in 12 months**

---

---

8. **Хронические заболевания в анамнезе / Chronic diseases in the anamnesis**

---

---

9. **Прием медицинских препаратов: постоянно, кратковременно (за последние 30 дней) / Reception of medical preparations: constantly, quickly (last 30 days)**

---

---

Подписывая данный документ, я подтверждаю, что предоставил точную информацию о состоянии моего здоровья / Signing this document, I confirm that provided exact information on a condition of my health.

число / date \_\_\_\_\_

подпись / signature \_\_\_\_\_