



Анкета

ИМЯ / ФАМИЛИЯ

ТЕЛ.

ДАТА РОЖДЕНИЯ

**ЧТО ВАМ ХОЧЕТСЯ ИЗМЕНИТЬ С
ПОМОЩЬЮ НАШЕЙ ОПЕРАЦИИ**

**ЕСЛИ ИЗМЕНЕНИЯ, С КОТОРЫМИ
ВЫ ОБРАЩАЕТЕСЬ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ
ИМЕЮТ ПРИОБРЕТЕННЫЙ
ХАРАКТЕР - КРАТКАЯ ИСТОРИЯ ИХ
ФОРМИРОВАНИЯ**

**ЕСТЬ ЛИ У ВАС АЛЛЕРГИЯ НА
КАКИЕ-ЛИБО МЕДИЦИНСКИЕ
ПРЕПАРАТЫ?**

**БЫЛИ ЛИ У ВАС РАНЕЕ ОПЕРАЦИИ,
КАКИЕ?**

**ВЫПОЛНЯЛОСЬ ЛИ ПЕРЕЛИВАНИЕ
ЧУЖОЙ КРОВИ ПО МЕДИЦИНСКИМ
ПОКАЗАНИЯМ?**

**ИМЕЮТСЯ ЛИ У ВАС ХРОНИЧЕСКИЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ, КАКИЕ?**

**КАКИЕ ПРИНИМАЕМЫЕ
ПРЕПАРАТЫ?**