



## 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?**