



Capitol Gastroenterology Consultants Medical Group

John Canio, M.D. • Theodor Feinstat, M.D. • Ronald Hsu, M.D., F.A.C.P., F.A.C.G., F.A.S.G.E., A.G.A.F. • Anand Madan, M.D., F.A.C.P.
Rakesh Parikh, M.D. • Jasbir S. Rangi, M.D. • Randell P. Vallero, M.D. • Todd W. Zimmerman, M.D., F.A.C.P.

Уважаемый пациент,

Мы, врачи и персонал Консультативной медицинской группы по гастроэнтерологии Capitol Gastroenterology Consultants Medical Group, Inc., ценим оказанное нам доверие. Всякий раз, заботясь о Вашем здоровье, мы стремимся удовлетворить Ваши потребности в медицинской помощи и превзойти Ваши ожидания, предоставляя вежливое и внимательное личное обслуживание.

Инструкции

Чтобы обслужить Вас наилучшим образом, мы вложили в это письмо следующие формы:

- Форма регистрации пациента
- Медицинская анкета пациента
- Расположение офиса
- Правила оплаты услуг, предоставляемых пациенту
- Краткое Уведомление о конфиденциальности
- Подтверждение получения Уведомления о конфиденциальности

ПРОСИМ ВОЗВРАТИТЬ НАМ В ЗАКРЫТОМ КОНВЕРТЕ СЛЕДУЮЩИЕ ДОКУМЕНТЫ КАК МОЖНО СКОРЕЕ. СПАСИБО!

- Форма регистрации пациента**
- Медицинская анкета пациента**
- Подтверждение получения Уведомления о конфиденциальности / Подтверждение получения Правил оплаты услуг, предоставляемых пациенту**
- Копию первой и последней страниц Вашей страховой карты**

Наша цель — предоставить Вам медицинские услуги на высшем уровне качества, и мы делаем все, чтобы Вы были довольны; поэтому важно, чтобы Вы не забывали приносить с собой Вашу действующую страховую карту — тогда оплата и соответствующие скидки будут оформляться при каждом Вашем визите.

Чтобы приемы врача были продуктивней, приносите с собой все **последние лабораторные анализы, рентгеновские снимки или данные и направление** от участкового врача. Ваша удовлетворенность качеством обслуживания и услугами, полученными в Центре гастроэнтерологии Capitol, очень важна для нас. Мы обещаем обеспечить превосходный медицинский уход и безупречное обслуживание.

С уважением,

Руководство, врачи и персонал

Консультативной медицинской группы по гастроэнтерологии (Capitol Gastroenterology Consultants Medical Group, Inc.)

Офис Carmichael

6555 Coyle Avenue, Suite 330
Carmichael, CA 95608

Тел. (916) 965-9650 • Факс (916) 965-0335

Офис Lincoln

685 Twelve Bridges Drive, Suite D
Lincoln, CA 95648

Тел. (916) 773-6200 • Факс (916) 782-4550

Офис Roseville

4 Medical Plaza Drive, Suite 205
Roseville, CA 95661

Тел. (916) 773-6200 • Факс (916) 782-4550

Прочитайте обратную сторону

Краткое Уведомление о конфиденциальности

Согласно Закону США о сохранении медицинского страхования и персонифицированном учете в здравоохранении 1996 года (HIPAA), с 14 апреля 2003 г. мы должны предоставить Вам печатную копию Уведомления о конфиденциальности. Для Вашего удобства мы предоставляем Вам это Уведомление в сжатом виде. По требованию мы предоставляем полный текст Уведомления и рекомендуем прочитать его полностью. Мы обязаны просить Вас подписать одноразовое подтверждение получения этого краткого Уведомления.

Ваши права как пациента

У Вас есть определенные права в отношении защиты информации о Вашем здоровье. Они кратко изложены ниже, а подробное их описание приведено в полном Уведомлении о конфиденциальности.

Использование защищенной информации о здоровье

Нам разрешается использовать Вашу защищенную информацию о здоровье для целей лечения, оплаты и ведения нашего бизнеса, а также для оценки качества и эффективности нашей работы. Нам также разрешено раскрывать защищенную информацию о здоровье другим субъектам при определенных обстоятельствах. Мы предпринимаем необходимые меры для защиты информации о Вашем здоровье. Однако, возможны непредумышленные утечки конфиденциальной информации, например, в ходе услышанного разговора в рамках официального общения, во время лечения, оплаты или прочих действий в ходе нашей работы. HIPAA признает, что чрезвычайно трудно полностью избежать таких утечек, и считает их допустимыми.

Раскрытие защищенной информации о здоровье, требующее Вашего разрешения

Для раскрытия, не связанного с лечением, оплатой или рабочими операциями, мы будем запрашивать у Вас письменное согласие, за исключением указанных ниже случаев.

Раскрытие защищенной информации о здоровье, не требующее Вашего разрешения

Законодательство штата и государства обязывает нас раскрывать определенную защищенную информацию о здоровье без Вашего разрешения. Это относится к обязательным сообщениям о ситуациях, угрожающих здоровью населения, судебным повесткам и другим юридическим требованиям.

Ограничения в отношении использования и раскрытия

Вы можете потребовать ограничить использование и раскрытие защищенной информации о Вашем здоровье, но HIPAA не обязывает нас соглашаться с такими требованиями. Однако, если мы придем к согласию, то лишь минимальная часть такой информации будет использована для достижения намеченной цели.

Доступ к защищенной информации о здоровье

Вы можете запросить доступ к касающимся Вас медицинским записям или их письменную копию. Если мы откажемся выполнять Ваше требование, то объясним причину. Вы можете обжаловать такое решение, и, при определенных обстоятельствах, оно будет пересмотрено третьей стороной, не связанной с отказом.

Поправки в медицинских записях

Вы можете подать письменный запрос на внесение исправлений в Ваши медицинские записи. Мы либо примем эти исправления и уведомим соответствующие стороны, либо не примем их и дадим объяснения. Вы имеете право оспаривать такой отказ и требовать, чтобы Ваши возражения были внесены в Ваши медицинские записи.

Подотчетность раскрытия защищенной информации о здоровье

Вы можете подать письменный запрос на предоставление отчета о раскрытии Вашей защищенной информации о здоровье. Такой отчет включает случаи раскрытия информации в ходе лечения, оплаты или рабочих операций.

Жалобы, связанные с замеченным нарушением Ваших прав на конфиденциальность

Вы можете зарегистрировать жалобу относительно любой из наших практик конфиденциальности у ответственного за конфиденциальность либо у секретаря Отдела здравоохранения и социальных служб.

Правила оплаты услуг, предоставляемых пациенту

Спасибо, что выбрали нас! Мы прикладываем все усилия, чтобы Ваше лечение было успешным, а медицинский уход качественным. Вы должны понимать, что оплата Вашего счета является частью этого лечения и ухода.

Если Вы не в состоянии прийти на прием, обязательно позвоните как минимум за 48 часов до назначенного времени и сообщите об этом кому-либо из нашего персонала. По нашим правилам, пропущенный прием, не отмененный в указанный срок, оплачивается суммой \$25. Этот счет выставляется непосредственно Вам. Пожалуйста, помогайте нам обслуживать Вас лучше и не пропускайте запланированные приемы. Для Вашего удобства мы приводим ответы на ряд распространенных вопросов по финансовой политике. Если Вам нужна более подробная информация по финансовым вопросам, просите соединить Вас с Отделом приема платежей или с администратором по клиентуре.

Каким образом производится оплата?

Мы принимаем платежи наличными, чеком или кредитными картами (VISA, MasterCard, Discover).

Нужно ли мне направление?

Если Вы подписаны на план какого-либо учреждения сети здравоохранения, Вам следует взять направление у своего основного врача. Если мы не получим направления до Вашего прибытия в наш офис, то мы предоставим Вам возможность позвонить Вашему врачу и получить направление. Если при этом Вам не удастся получить направление, то, возможно, нужно будет перенести посещение.

С какими учреждениями у вас контракты?

Мы участвуем в большинстве планов страхования и принимаем их, и охотно подтвердим Ваше соответствие, но также советуем еще до визита к нам обратиться к организации, оплачивающей услуги, и удостовериться, что эти услуги будут оплачены.

Какова моя финансовая ответственность за услуги?

Ваша финансовая ответственность зависит от многих факторов, излагаемых ниже.

Визиты в офис и услуги офиса

Если у Вас есть...	Вы оплачиваете...	Наш персонал может помочь...
Коммерческое страхование известно также как возмещение, «регулярное» страхование или «покрытие 80%/20%».	Оплата, за которую отвечает пациент, за все визиты в офис, рентген, инъекции и другие услуги взимается во время визита в офис.	Предварительный звонок в Вашу страховую компанию, чтобы определить вычеты и совместное страхование. Оформление страхового заявления производится бесплатно.
Планы учреждений медицинского обслуживания (НМО) или предпочтительного выбора поставщика (PPO), с которыми у нас есть контракт	Если полученные Вами услуги покрываются планом: Все применимые совместные платежи, совместное страхование и вычеты взимаются во время визита в офис. Если полученные Вами услуги не покрываются планом: Полная оплата во время визита.	Предварительный звонок в Вашу страховую компанию, чтобы определить совместные платежи, вычеты и неоплаченные услуги для Вас и попытаться получить направление и разрешение от Вашего имени, но на Вашей ответственности предоставить нам направление на первый визит. Оформление страхового заявления от Вашего имени.

Прочитайте обратную сторону этого листа.

<i>Если у Вас есть...</i>	<i>Вы оплачиваете...</i>	<i>Наш персонал может помочь...</i>
Учреждение медицинского обслуживания, с которым у нас нет контракта.	Полная оплата за визит в офис, рентген, инъекции и другие услуги во время первого визита в офис.	Предоставление необходимой информации для того, чтобы Вы могли составить и занести в реестр заявление на адрес непосредственно страховой
План обслуживания по выбору или вне сети предпочтительного выбора поставщика (PPO)	Оплата, за которую отвечает пациент, — вычеты, совместная оплата, неоплаченные услуги — взимается во время визита.	Предварительный звонок в Вашу страховую компанию, чтобы определить пособия, совместные платежи, вычеты и неоплаченные услуги. Занесение в реестр страхового заявления от Вашего имени.
Программа Medicare	Если Вы пользуетесь государственной программой Medicare и не получили вычет \$ 140, мы требуем, чтобы эта плата была внесена во время обслуживания. Любые услуги, не возмещенные системой Medicare, оплачиваются во время визита. Если Вы пользуетесь программой Medicare как основной, а также используете вторую страховку или Medigap: Никакой платеж во время визита не требуется. Если Вы пользуетесь программой Medicare как основным, но не вторым страхованием: Выплата Ваших 20% совместного страхования взимается во время визита.	Занесение в реестр заявления от Вашего имени, а также любых заявлений вашему второму страховщику.
План Medicare HMO / Advantage	Все применимые совместные выплаты и вычеты — во время визита.	Занесение в реестр заявления от Вашего имени, а также любых заявлений вашему второму страховщику.
Профессиональная травма	Полная выплата взимается во время визита.	Предоставление Вам квитанции, чтобы Вы сами могли зарегистрировать заявление у страховщика.
Нет страхования	Полная выплата взимается во время визита.	Работа с вами по оплате Вашего счета. Запишитесь на прием в отдел оплаты счетов, если Вам нужна помощь.

Как добраться:
Офис Carmichael
6555 Coyle Avenue, Suite 330.
Carmichael, CA 95608
(916) 965-9650

Автоматгистраль 50W

Заезд по Sunrise; поворот направо на Sunrise, поворот налево на Madison, поворот направо на Dewey Drive и поворот налево на Coyle Ave.

1-80 W

Заезд по Greenback Lane, поворот налево на Greenback Lane, поворот направо на Dewey Drive, поворот направо на Coyle Ave,

1-80 E

Заезд по Madison Ave., поворот направо на Madison Ave, поворот налево на Dewey Drive, поворот налево на Coyle Ave.



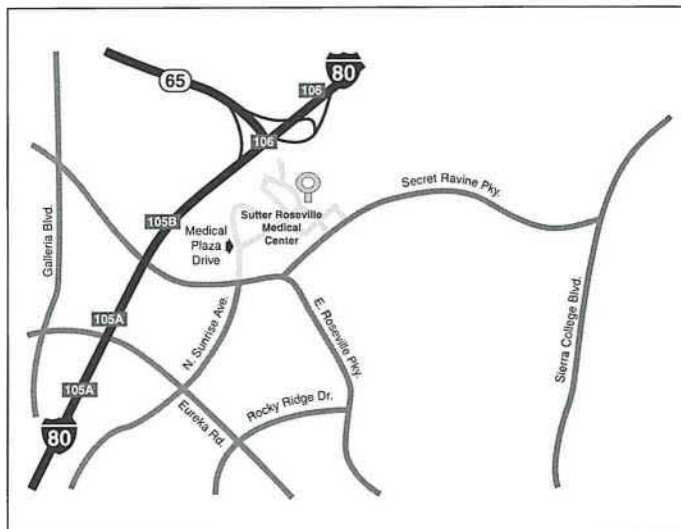
Как добраться:
Офис Roseville
4 Medical Plaza Drive, Suite 205
Roseville, CA 95661
(916) 773-6200

Офис Roseville от Sacramento:

Ехать по 80 East (Reno) до выезда Atlantic/Eureka. Поворот направо на Eureka. Поворот налево на N. Sunrise. Проехать светофор East Roseville Parkway, оставаться на правой полосе и повернуть направо на Medical Plaza Dr. 2-й корпус справа, корпус 4, офис 205.

Офис Roseville от Rocklin/Auburn:

Ехать по 80 West (Sacramento) до выезда Eureka Rd. Развернуться обратно по магистрале. Повернуть налево на N. Sunrise. Проехать светофор East Roseville Parkway, оставаться на правой полосе и повернуть направо на Medical Plaza Drive, 2-й корпус справа, корпус 4, офис 205.



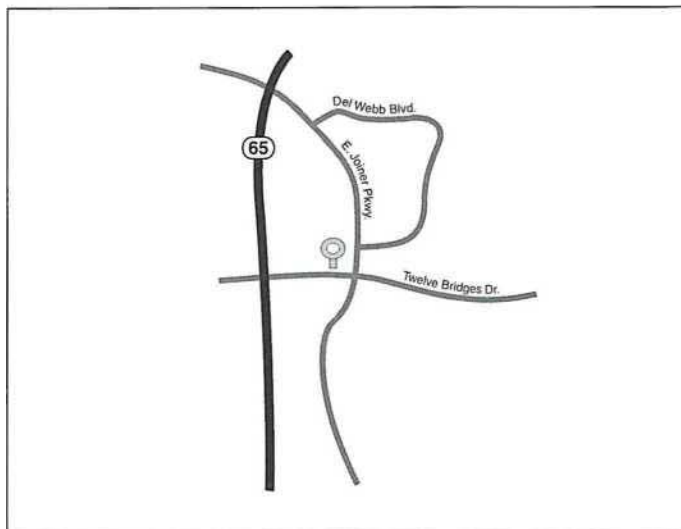
Как добраться:
Офис Lincoln
685 Twelve Bridges Drive, Suite D
Lincoln, CA 95648
(916) 773-6200

Офис Lincoln от Sacramento:

Ехать по магистрале (Hwy) 80 E до магистрале 65. Далее на север до Twelve Bridges Dr. и выехать направо. Ехать дальше около 3/4 мили: наш офис расположен по правой от Вас стороне в корпусе Sutter Medical Plaza. Адрес: 685 Twelve Bridges Dr., Suite D. Вход в наше помещение расположен с задней стороны корпуса, там есть большая парковка.

Офис Lincoln от Marysville/Yuba City:

Ехать по магистрале 80/65 S. Twelve Bridges Dr. у знака «Stop» повернуть налево через магистраль и следовать по ней приблизительно 3/4 мили. Офис расположен по правой от Вас стороне в корпусе Sutter Medical Plaza. Адрес: 685 Twelve Bridges Dr., Suite D. Вход в наше помещение расположен с задней стороны корпуса, там есть большая парковка.



CapitolGI

Консультативной медицинской группы по гастроэнтерологии (Capitol Gastroenterology Consultants Medical Group, Inc.)

Регистрация пациента

Проверьте и заполните все поля этой Формы регистрации пациента

**ПРОСИМ ВОЗВРАТИТЬ НАМ ЗАПОЛНЕННЫЕ ФОРМЫ В
ЗАПЕЧАТАННОМ КОНВЕРТЕ КАК МОЖНО СКОРЕЕ —**

Дата:

Информация о пациенте:

ФИО: _____ Дата: _____ Возраст: _____
Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____
Email: _____ № социальной _____

Пол: Мужск Женск Семейное положение: Одинок(а) В браке Вдова (Вдовец) В разводе
Телефонный номер: _____ Рабочий телефон: _____ Мобильный _____

Лучший способ связаться с Вами: Email Почта Телефон: _____ Домашний Рабочий Мобильный
Предпочтительный язык: _____ Раса: _____ Этническое _____

Род занятий: _____ Работодатель: _____

Адрес работодателя: _____

Можно ли общаться с Вами в рабочее время? Да Нет

Имя супруга(и): _____ Телефон: _____

Работодатель супруга(и): _____

Адрес работодателя: _____

Информация об аптеке / враче:

Основной врач: _____ Телефон: _____

Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Врач: _____ Телефон: _____

Предпочитаемая аптека: _____ Телефон: _____ Факс: _____

Местонахождение аптеки: _____

Контактное лицо для экстренной связи: (кто-либо, кто не живет с Вами)

ФИО: _____ Отнош _____

Адрес: _____ Город: _____ Штат: _____

Телефонный номер: _____ Рабочий телефон: _____ Мобильный телефон: _____ Почтовый индекс: _____

Информация о страховании: Внимательно заполните все поля.

**ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРИШЛИТЕ КОПИЮ ПЕРВОЙ И ПОСЛЕДНЕЙ СТРАНИЦ ВАШЕЙ СТРАХОВОЙ
КАРТЫ! СПАСИБО!**

Основная страховка:

Страховая политика №: _____ Группа №: _____

Название медицинской группы: _____

Основной подписчик / Имя застрахованного лица: _____ Дата рождения: _____ Пол: Мужск Женск

Отношение к пациенту: Сам пациент Супруг(а) Сын/Дочь Другое: _____

Сумма совместного платежа: _____

Вторая страховка:

Страховая политика №: _____ Группа №: _____

Название медицинской группы: _____

Основной подписчик / Имя застрахованного лица: _____ Дата рождения: _____ Пол: Мужск Женск

Отношение к пациенту: Сам пациент Супруг(а) Сын/Дочь Другое: _____

Подтверждение получения Уведомления о конфиденциальности

Использование и раскрытие защищенной информации о здоровье регулируется федеральным законом, известным как Закон США о сохранении медицинского страхования и персонифицированном учете в здравоохранении, 1996 г. (HIPAA).

Согласно HIPAA, медицинские учреждения обязаны предоставлять пациентам уведомление о практиках конфиденциальности в отношении защищенной информации о здоровье и прилагать добросовестные усилия к тому, чтобы получить письменное подтверждение, что уведомление получено.

Поэтому я, _____ (имя печатными буквами) подтверждаю, что группа Capitol Gastroenterology Consultants Medical Group, Inc. предоставила письменную копию Уведомления о практиках конфиденциальности.

X _____
Подпись пациента или личного представителя Имя печатными буквами Дата

Отношение к пациенту

Имя пациента (если оно иное, чем подписавшего)

Подтверждение получения пациентом политики оплаты

Наш офис регистрирует все оплачиваемые услуги как Вашему основному, так и второму страховщикам. Пожалуйста, не забывайте, что на Вашей ответственности лежат все вычеты, совместные выплаты и непокрываемые страховкой услуги. Подробнее см. Политику оплаты услуг пациентом.

Текст Политики оплаты услуг пациентом мною прочитан, смысл мне понятен, и я выражаю согласие с ней. Я понимаю, что расходы, не покрытые моей страховой компанией, а также все применимые совместные выплаты и вычеты лежат на моей ответственности.

Я разрешаю выплачивать мои страховые выплаты непосредственно Медицинской консультативной группе по гастроэнтерологии Capitol Gastroenterology Consultants Medical Group, Inc.

Я разрешаю Capitol Gastroenterology Consultants Medical Group предоставлять соответствующую медицинскую информацию моей страховой компании по требованию или оказывать содействие в оплате заявления.

Подписываясь ниже, я тем самым разрешаю группе Capitol Gastroenterology Consultants Medical Group, Inc. получить лекарственную историю, относящуюся к указанному выше пациенту, от розничных аптек и (или) менеджеров по пособиям на лекарственные средства с целью продолжения лечения.

X _____
Подпись пациента или личного представителя Имя печатными буквами Дата

Отношение к пациенту

Имя пациента (если оно иное, чем подписавшего)

Анкета пациента

Дата:.

ФИО: _____ Дата рождения: _____

Причина консультации: _____

Есть ли у Вас какие-либо из следующих симптомов?

	ДА	НЕТ		ДА	НЕТ
Изжога	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Запор	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Боль при глотании жидкостей / твердой пищи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Потеря аппетита	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Пища / жидкость застревают во время еды или питья	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Потеря веса – величина: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Отрыжка пищей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Лихорадка или ночная потливость	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Боль в животе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Пожелтение (желтуха)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Тошнота и рвота	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Вздутие живота или опухание ног	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Кал черного цвета	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Одышка	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Кал с красной кровью	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Боль в грудной клетке	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Изменения в режиме кишечника	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Симптомы, связанные с мочой	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Диарея	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Текущее медикаментозное лечение:

Аллергии на лекарства:

История лаб. анализов и обследований:

	ДАТА	УЧРЕЖДЕНИЕ		ДАТА	УЧРЕЖДЕНИЕ
Колоноскопия	_____	_____	Проверка стула	_____	_____
Верхняя эндоскопия (EGD)	_____	_____	Биопсия печени	_____	_____
ЭРХП (ERCP)	_____	_____	Парацентез	_____	_____
Эндоскопическое УЗИ (EUS)	_____	_____	Манометрия пищевода	_____	_____
Гибкая сигмоидоскопия	_____	_____	Bravo/PH	_____	_____
Лапароскопия	_____	_____			

История гастроэнтерологии:

- | | | | | |
|--|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Трещины заднего прохода | <input type="checkbox"/> Дивертикулит | <input type="checkbox"/> ГЭРБ | <input type="checkbox"/> Гепатит D | <input type="checkbox"/> Язвенная болезнь желудка |
| <input type="checkbox"/> Аппендицит | <input type="checkbox"/> Дивертикулез | <input type="checkbox"/> Желудочное кишечное | <input type="checkbox"/> Гепатит E | <input type="checkbox"/> Язвенный колит |
| <input type="checkbox"/> Асцит | <input type="checkbox"/> Язва двенадцатиперстной | <input type="checkbox"/> Лямблиоз | <input type="checkbox"/> Грыжа | <input type="checkbox"/> Уиппла болезнь |
| <input type="checkbox"/> Болезнь Баррета | <input type="checkbox"/> Диспепсия | <input type="checkbox"/> ГИСО | <input type="checkbox"/> Воспаление кишечника | |
| <input type="checkbox"/> Карциноид | <input type="checkbox"/> Дисфагия | <input type="checkbox"/> Изжога | <input type="checkbox"/> Расстройство кишечника | |
| <input type="checkbox"/> Брюшнополостная болезнь | <input type="checkbox"/> Расширение вен пищевода | <input type="checkbox"/> Гем-положительный стул | <input type="checkbox"/> Синдром раздраженного кишечника | |
| <input type="checkbox"/> Цирроз | <input type="checkbox"/> Эзофагит | <input type="checkbox"/> Геморрой | <input type="checkbox"/> Болезнь печени | |
| <input type="checkbox"/> Полипы толстой кишки | <input type="checkbox"/> Желчнокаменная болезнь | <input type="checkbox"/> Печеночная энцефалопатия | <input type="checkbox"/> Псевдо циста поджелудочной железы | |
| <input type="checkbox"/> Запор | <input type="checkbox"/> Желчные камни | <input type="checkbox"/> Гепатит | <input type="checkbox"/> Панкреатит | |
| <input type="checkbox"/> Болезнь Крона | <input type="checkbox"/> Язва желудка | <input type="checkbox"/> Гепатит A | <input type="checkbox"/> Спаечная болезнь | |
| <input type="checkbox"/> Диарея | <input type="checkbox"/> Гастрит | <input type="checkbox"/> Гепатит B | <input type="checkbox"/> Псевдомембранозный колит | |
| | <input type="checkbox"/> Гастроэнтерит | <input type="checkbox"/> Гепатит C | | |

История болезни:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Болезнь Альцгеймера | <input type="checkbox"/> Рак кожи | <input type="checkbox"/> Шум в сердце | <input type="checkbox"/> Рассеянный склероз |
| <input type="checkbox"/> Анемия | <input type="checkbox"/> Целлюлит | <input type="checkbox"/> Замена тазобедренного сустава | <input type="checkbox"/> Нефролитиаз |
| <input type="checkbox"/> Беспокойство | <input type="checkbox"/> ХОБЛ | <input type="checkbox"/> ВИЧ | <input type="checkbox"/> Ожирение |
| <input type="checkbox"/> Артрит | <input type="checkbox"/> Болезнь коронарной артерии | <input type="checkbox"/> Гиперкалиемия | <input type="checkbox"/> Остеопороз |
| <input type="checkbox"/> Астма | <input type="checkbox"/> Деменция | <input type="checkbox"/> Гиперлипидемия | <input type="checkbox"/> Болезнь Паркинсона |
| <input type="checkbox"/> Мерцательная аритмия | <input type="checkbox"/> Депрессия | <input type="checkbox"/> Гипертензия | <input type="checkbox"/> Периферийная невропатия |
| <input type="checkbox"/> Боль в спине | <input type="checkbox"/> Сахарный диабет | <input type="checkbox"/> Гипертиреоз | <input type="checkbox"/> Пневмония |
| <input type="checkbox"/> Доброкачественная гиперплазия простаты | <input type="checkbox"/> Тромбоз глубоких вен | <input type="checkbox"/> Гипогликемия | <input type="checkbox"/> Почечная болезнь |
| <input type="checkbox"/> Биполярное расстройство | <input type="checkbox"/> Эндокардит | <input type="checkbox"/> Гипокалиемия | <input type="checkbox"/> Ревматоидный артрит |
| <input type="checkbox"/> Рак груди | <input type="checkbox"/> Эндометриоз | <input type="checkbox"/> Гипотиреоз | <input type="checkbox"/> Судороги |
| <input type="checkbox"/> Рак толстой кишки | <input type="checkbox"/> Расстройства зрения | <input type="checkbox"/> Импотенция | <input type="checkbox"/> Ночное апноэ |
| <input type="checkbox"/> Лейкемия | <input type="checkbox"/> Фибромиалгия | <input type="checkbox"/> Болезнь почек | <input type="checkbox"/> Позвоночный стеноз |
| <input type="checkbox"/> Рак легких | <input type="checkbox"/> Глаукома | <input type="checkbox"/> Болезнь поясничных дисков | <input type="checkbox"/> Инсульт |
| <input type="checkbox"/> Лимфома | <input type="checkbox"/> Подагра | <input type="checkbox"/> Легочные расстройства | <input type="checkbox"/> Преходящее ишемическое нарушение |
| <input type="checkbox"/> Рак простаты | <input type="checkbox"/> Головная боль | <input type="checkbox"/> Волчанка | <input type="checkbox"/> Инфекция мочевых путей (рецидивирующая) |
| | <input type="checkbox"/> Инфаркт миокарда | <input type="checkbox"/> Макулодистрофия | <input type="checkbox"/> Головокружение |
| | <input type="checkbox"/> Болезнь сердца | <input type="checkbox"/> Мигрени | |

История хирургических вмешательств:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Лечение аневризмы брюшной аорты | <input type="checkbox"/> Фундопликация | <input type="checkbox"/> Тонзилэктомия |
| <input type="checkbox"/> Абдоминальное обследование | <input type="checkbox"/> Шунтирование желудка | <input type="checkbox"/> Перевязка маточных |
| <input type="checkbox"/> Замена клапана аорты | <input type="checkbox"/> Замена сердечного клапана | <input type="checkbox"/> Вагинальные роды |
| <input type="checkbox"/> Аппендэктомия | <input type="checkbox"/> Грыжа | <input type="checkbox"/> Вазэктомия |
| <input type="checkbox"/> Артроскопия | <input type="checkbox"/> Герниорафия | |
| <input type="checkbox"/> Хирургия позвоночника | <input type="checkbox"/> Замена тазобедренного сустава | |
| <input type="checkbox"/> Биопсия груди | <input type="checkbox"/> Гистерэктомия | |
| <input type="checkbox"/> Аорто-коронарное шунтирование | <input type="checkbox"/> Замена коленного сустава | |
| <input type="checkbox"/> Кесарево сечение | <input type="checkbox"/> Удаление опухоли молочной железы | |
| <input type="checkbox"/> Каротидная эндартерэктомия | <input type="checkbox"/> Хирургия легких | |
| <input type="checkbox"/> Холецистэктомия | <input type="checkbox"/> Удаление молочной железы | |
| <input type="checkbox"/> Резекция толстой кишки | <input type="checkbox"/> Замена митрального клапана | |
| <input type="checkbox"/> Дефибриллятор | <input type="checkbox"/> Кардиостимулятор | |
| | <input type="checkbox"/> Хирургия простаты | |

Бывали ли у Вас какие-либо проблемы с анестезией: Да Нет

Аллергия на латексные или резиновые изделия: Да Нет

Аллергия на яйца или моллюсков: Да Нет

Семейная история:

Отметьте квадратик рядом с каждой болезнью, которая относится к данному члену семьи.

	Отец	Мать	Брат	Сестра	Дедушка (по матери или отцу)	Бабушка (по матери или отцу)	Дядя	Тетка	Двоюродные (брат или сестра)	Другое
Печень алкоголика										
Аутоиммунное										
Брюшнополостная										
Цирроз										
ГЭРБ										
Гепатит В										
Гемохроматоз										
Гепатит С										
Воспаление кишечника										
Язвенная болезнь										
Предраковые полипы										
Рак желчных путей										
Рак мочевого пузыря										
Рак груди										
Рак толстой кишки										
Рак пищевода										
Рак желудка										
Рак почки										
Рак печени										
Рак легких										
Рак яичников										
Рак поджелудочной										
Рак простаты										
Рак кожи										
Рак тонкого										
Рак матки										
Другой вид рака										

Социальная история:

Укажите все вещества, которые Вы употребляли раньше (Р) или употребляете сейчас (С).

Какие из следующих веществ Вы употребляете, укажите также частоту (напр. 2р/день, 1р/мес., 1р/год)?

- | | | |
|--|-----|---------------|
| <input type="checkbox"/> Табак | Р С | Частота _____ |
| <input type="checkbox"/> Спиртное | Р С | Частота _____ |
| <input type="checkbox"/> Рекреационные | Р С | Частота _____ |
| <input type="checkbox"/> Другое | Р С | Частота _____ |

Укажите, имеет ли место следующее:

а) Татуирование Да Нет

б) Кемпинг или поездки за границу в течение последнего года Да Нет

Если да, то где? _____

Только для пациентов женского пола:

На ректальном обследовании присутствует медик-ассистент. Желаете ли Вы, чтобы медик-ассистент присутствовал также при обследовании сердца/легких или пальпации живота и др. **Укажите, пожалуйста: Да Нет**

Дата последней менструации: _____ Использовались контрацептивы: _____

X _____
Подпись пациента или личного представителя Имя печатными буквами Дата

Отношение к пациенту

Имя пациента (если оно иное, чем подписавшего)

