

ФИО		
Дата рождения		
	ДА	НЕТ
Болеете ли Вы сейчас?		
Были ли у Вас контакты с больными инфекционными заболеваниями в последние 14 дней?		
Болели ли Вы COVID 19? (если да, то когда)		
Последние 14 дней отмечались ли у Вас:		
• Повышение температуры		
• Боль в горле		
• Потеря обоняния		
• Насморк		
• Потеря вкуса		
• Кашель		
• Затруднение дыхания		
Делали ли Вы прививку от гриппа или пневмококка		
Если «да» указать дату _____		
Были ли у Вас аллергические реакции?		
Есть ли у Вас хронические заболевания		
Указать какие _____		
Сокращенно, например ГБ-гипертоническая болезнь, СД-сахарный диабет, ИБС-ишемическая болезнь сердца		
Какие лекарственные препараты Вы принимаете последние 30 дней _____		
Для женщин		
Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?		
Кормите ли Вы в настоящее время грудью?		

Дата

Подпись

(оборотная сторона)

Номер полиса ОМС:

Кем выдан: _____

СНИЛС: - -

Паспорт серия: номер:

Кем выдан: _____

Дата выдачи: . . г. Код подразделения: -

Мобильный телефон: +7 () - -

Адрес проживания: _____ (регион) _____ (район)

_____ (населенный пункт) _____ (улица, дом, корпус, квартира)

Адрес регистрации: _____ (регион) _____ (район)

_____ (населенный пункт) _____ (улица, дом, корпус, квартира)

Уточнённые данные вакцинации	Название вакцины	Дата	Реакция на введение
Грипп			
Пневмококк			

Место работы (организация кратко, отделение и т.п.) _____

Должность _____