

## АНКЕТА ПАЦИЕНТА ФИЗИОКАБИНЕТА

### СВЕДЕНИЯ О ПАЦИЕНТЕ:

<b>ФИО</b>			
<b>Дата рождения</b>	<b>Число:</b>	<b>Месяц:</b>	<b>Год:</b>
<b>Адрес фактического проживания</b>			
<b>Контактные телефоны</b>	<b>Мобильный:</b>		
	<b>Домашний:</b>		

### УЛЬТРОФИОЛЕТОВОЕ ОБЛУЧЕНИЕ (УФО)

<b>Противопоказания к применению:</b>		
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ
АКТИВНАЯ ФОРМА ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ
ГИПЕРТИРЕОЗ	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ
ЛИХОРАДОЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ
СКЛОННОСТЬ К КРОВОТЕЧЕНИЯМ	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ
ГИПЕРТОНИЯ	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ
ВЫРАЖЕННЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ
ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК И ПЕЧЕНИ	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ
ИНФАРКТ МИОКАРДА	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ
ИНСУЛЬТ (ОСТРЫЙ ПЕРИОД)	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ

### МАГНИТОТЕРАПИЯ «АЛМАГ»

<b>Противопоказания к применению:</b>		
КРОВОТЕЧЕНИЯ И КОАГУЛОПАТИИ	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ
СИСТЕМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ КРОВИ	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ
ТЯЖЕЛЫЕ НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ
АНЕВРИЗМА СЕРДЦА И КРУПНЫХ СОСУДОВ	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ
ОСТРЫЙ ПЕРИОД ИНФАРКТА МИОКАРДА	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ
АКТИВНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ПРОЦЕСС	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ
БЕРЕМЕННОСТЬ	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ
ИМПЛАНТИРОВАННЫЙ КАРДИОСТИМУЛЯТОР	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ

## ЭЛЕКТРОФОРЕЗ

### Противопоказания к применению:

НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА (УКАЗАТЬ) _____	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ
ЛЮБЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ, ПОДЪЕМОМ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА, А/Д	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ
ПРОГРЕССИРУЮЩИЕ ОРГАНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ
ЭПИЛЕПСИЯ	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ
НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ
ПОВРЕЖДЕНИЕ КОЖИ В МЕСТАХ НАЛОЖЕНИЯ ЭЛЕКТРОДОВ	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ
ИНДИВИДУАЛЬНАЯ НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ ТОКА	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ

## ТЕРМОТЕРАПИЯ «УВЧ»(ТЕПЛОМ)

### Противопоказания к применению:

ЛИХОРАДОЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ
ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ (НОСОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ)	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ
ГНОЙНИЧКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ЗОНЕ НАЛОЖЕНИЯ АППАРАТА	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ
АКТИВНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ПРОЦЕСС	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ
ПОВЫШЕННАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ КОЖИ К ЛЮБЫМ ТЕПЛОВЫМ ВОЗДЕЙСТВИЯМ	<input type="checkbox"/> ИМЕЕТСЯ	<input type="checkbox"/> НЕ ИМЕЕТСЯ

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество КЛИЕНТА)

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(дата)