



<input type="checkbox"/>	Имеется ли у Вас непереносимость (аллергия) к лекарствам?
	<i>Имеются ли у Вас</i>
<input type="checkbox"/>	заболевания сердца
<input type="checkbox"/>	инсульт
<input type="checkbox"/>	гипертоническая болезнь
<input type="checkbox"/>	сахарный диабет
<input type="checkbox"/>	ревматизм
<input type="checkbox"/>	туберкулез
<input type="checkbox"/>	венерические заболевания
<input type="checkbox"/>	СПИД
<input type="checkbox"/>	гепатит
<input type="checkbox"/>	Бывают ли у Вас обмороки?
<input type="checkbox"/>	Бывало ли у Вас длительное кровотечение после хирургического вмешательства
<input type="checkbox"/>	Есть ли у Вас какие-либо другие серьезные заболевания?
<input type="checkbox"/>	Принимаете ли Вы постоянно какие-либо лекарства
<input type="checkbox"/>	Вопрос для женщин
<input type="checkbox"/>	Беременны ли Вы
	<i>Как вы узнали о нашей клинике</i>
<input type="checkbox"/>	проходили мимо
<input type="checkbox"/>	живу рядом
<input type="checkbox"/>	реклама тв
<input type="checkbox"/>	интернет
<input type="checkbox"/>	2 ГИС
<input type="checkbox"/>	по рекомендации
<input type="checkbox"/>	уличная реклама (микрофон)

Дата	
Подпись пациента	