

ცნობა ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ მოთხოვნის  
თანახმად

სახელი და გვარი : .....

დაბადების თარიღი : .....

პირადი ნ. : .....

ჩრ საცხოვრებელი მისამართი : .....

მუდმივი საცხოვრებელი მისამართი : .....

ტელეფონი : .....

ე-მაილი : .....

პასპორტის/პირადობის ნომერი

: .....

ჯანმრთელობის დაზღვევა : .....

მსურს, რომ ჩემი მკურნალი ექიმი იყოს პეტრ შლეისი

არა

კი

ხელმოწერა და თარიღი : .....

გაქვთ მართვის მოწმობა : არა კი

გაქვთ იარაღის ტარების ლიცენზია : არა კი

გაქვთ ინვალიდობის პენსია : არა კი ჯგუფი : .....

ოჯახური ისტორია :

თუ ქვემოთ ჩამოთვლილი დაავადებებიდან რომელიმე ჰქონდა თქვენს ოჯახის წევრს ან ახლა აქვს , გთხოვთ მიუთითოთ:

ტუბერკულოზი (TBC), მაღალი არტერიული წნევა (ჰიპერტენზია), გულის შეტევა (IM), ინსულტი (CMP), ბრონქიალური ასთმა , ეპილეფსია და სხვა:

.....

პირადი ანამნეზი :

ახლა თუ იტარებთ მკურნალობას : კი არა

რას :.....

რა სახის მედიკამენტებს ღებულობთ

:.....

.....

წარსულში თუ გაქვთ ჩატარებული მკურნალობა : კი არა

რომელი : .....

.....

.....

გქონდათ თუ არა ქვემოთ ჩამოთვლილი დაავადებებიდან რომელიმე?

ინფექციური დაავადებები – ტუბერკულოზი, სიფილისი, გონორეა, ვირუსული ჰეპატიტი, სალმონელოზი, ინფექციური მონონუკლეოზი და სხვა ,

არა კი რომელი? :.....

საყრდენი სისტემის დარღვევები : ქრონიკული ტკივილი წელის არეში ან სხვა

არა კი რომელი? :.....

გულ- სისხლძარღვთა დაავადებები - მაღალი წნევა, გულის შეტევა, არითმია, გულის

არა კი რომელი? :.....

ფილტვის დაავადებები - ასთმა, ქრონიკული ბრონქიტი, სხვები

არა კი რომელი:.....

ნერვული დაავადებები - (ეპილეფსია, შაკიკი, ცნობიერების მდგომარეობები, ბალანსის დარღვევები)

არა კი რომელი:.....

ფსიქიკური დაავადებები: - დეპრესია, ფსიქოზი, ალკოჰოლური დამოკიდებულება, ტოქსიკოლოგია

არა კი რომელი:.....

კუჭ-ნაწლავის დარღვევები - წყლულები, ნაწლავების ანთება, ყაბზობა, დიარეა, მუცლის ტკივილი

არა კი რომელი:.....

ღვიძლისა და ნაღვლის ბუშტის დაავადებები : ქვები, კოლიკი, სტეატოზი , სიყვითლე

არა კი რომელი:.....

თირკმლისა და შარდის ბუშტის დარღვევები : ქრონიკული ანთება, ფუნქციის დარღვევა , კოლიკი : დიახ

არა კი რომელი:.....

კანის დაავადებები - ეგზემა , ადგილობრივი ალერგია, ანთებითი და სოკოვანი დაავადებები

არა კი რომელი:.....

მხედველობის პრობლემები : დაქვეითებულ მხედველობა ,ვიზუალური ველის დარღვევა , სერი და მწვანე ლაქები

არა კი რომელი:.....

ყურის პრობლემები : სმენის დაქვეითება , ყურის ანთება , ყურებში შუილი

არა კი რომელი:.....

ენდოკრინული დარღვევები - ფარისებრი ჯირკვალი, ცხიმოვანი მეტაბოლიზმის დარღვევა

არა არა რომელი:.....

რაიმე სახის დაზიანება , ოპერაცია

არა კი რომელი:.....

გადიხართ თუ არა სამედიცინო გამოკვლევებს კონკრეტულ დაავადებაზე

არა კი რომელი:.....

.....

.....

თუ გადიოდით ჰოსპიტალიზაციას საავადმყოფოში, ოპერაცია

კი არა რომელი, როდის და რატომ .....

.....

.....

.....

გაქვთ თუ არა ალერგია

არა კი როგორი:.....

მავნე ჩვევები

იღებთ თუ არა ალკოჰოლს

არა კი რამდენს და რას:.....

იყენებთ თუ არა ნარკოტიკებს

არა კი რამდენს და რას.....

გინეკოლოგიური პრობლემები ( მხოლოდ ქალებისთვის )

მშობიარობა არა კი რამდენი.....

ხართ თუ არა ორსულად

არა კი

სხვა ფაქტები რომლებსაც შეუძლიათ გავლენა მოახდინოს თქვენს  
ჯანმრთელობაზე :

.....  
.....

ჩემი ადამიანური ცოდნის და სინდისის საფუძველზე ვადასტურებ, რომ  
კითხვარში მითითებული ინროფმაცია არის სრულყოფილი და ზუსტი.  
ინფორმაციას, რომელსაც ვთვლი კომფიდენციალურად ექიმს გავაცნობ  
შემოწმების დროს. ჩემი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ ყალბი  
ინფორმაციის დამალვა ან არ თქმა უარყოფითად აისახება ჩემ მდგომარეობაზე,  
აქედან გამომდინარე პასუხისმგებლობას ვიღებ საკუთარ თავზე ნებისმიერი სახის  
ცდომილების გამო.

ვეთანხმები GDPR-ის პერსონალური მონაცემების გამოყენებას ევროპარლამენტისა  
და საბჭოს 274.2016 წლის რეგულაციის(ევროკავშირის) 2016/679 თანახმად

თარიღი:

ხელწერა: