

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

ИМЯ И ФАМИЛИЯ \_\_\_\_\_ ДАТА \_\_\_\_\_

ПОЛ (обведите кружком): Мужской / Женский

АДРЕС \_\_\_\_\_ ГОРОД \_\_\_\_\_

ШТАТ \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС \_\_\_\_\_

ТЕЛЕФОН: ДОМАШНИЙ \_\_\_\_\_ РАБОЧИЙ \_\_\_\_\_ МОБИЛЬНЫЙ \_\_\_\_\_

ВОЗРАСТ \_\_\_\_\_ ДАТА РОЖДЕНИЯ \_\_\_\_\_

SOCIAL SECURITY НОМЕР (SSN) \_\_\_\_\_

ОДИНОКИЙ \_\_\_ ЖЕНАТ/ЗАМУЖЕМ \_\_\_ ИМЯ СУПРУГИ/ СУПРУГА \_\_\_\_\_

ВДОВЕЦ \_\_\_ РАЗВЕДЕН \_\_\_

В ЭКСТРЕННОМ СЛУЧАЕ КОНТАКТ \_\_\_\_\_

НОМЕР ТЕЛЕФОНА \_\_\_\_\_

КЕМ ВЫ БЫЛИ К НАМ НАПРАВЛЕННЫ \_\_\_\_\_

ИМЯ ВАШЕГО ДОКТОРА \_\_\_\_\_

ЕСЛИ ВЫ РАБОТАЕТЕ: МЕСТО РАБОТЫ \_\_\_\_\_

РАБОЧИЙ АДРЕС \_\_\_\_\_

ПРОФЕССИЯ \_\_\_\_\_

**ФИНАНСОВО ОТВЕТСТВЕННЫЙ ЧЕЛОВЕК (ЕСЛИ РЕБЕНОК)**

ИМЯ \_\_\_\_\_

АДРЕС \_\_\_\_\_ ГОРОД \_\_\_\_\_

ШТАТ \_\_\_\_\_ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС \_\_\_\_\_

ТЕЛЕФОН \_\_\_\_\_ РОДСТВО \_\_\_\_\_

**СТРАХОВКА**

СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ \_\_\_\_\_

ИМЯ ПОДПИСЧИКА \_\_\_\_\_ ДАТА РОЖДЕНИЯ ПОДПИСЧИКА \_\_\_\_\_

**ГЛАЗНАЯ ИСТОРИЯ****ПОЖАЛУЙСТА ОБВЕДИТЕ КРУЖКОМ, ЕСЛИ У ВАС ЕСТЬ ЧТО-ЛИБО СЛЕДУЮЩЕЕ:**

ТРУДНО ЧИТАТЬ	ТРУДНО ВОДИТЬ МАШИНУ	СЛАБОЕ ЗРЕНИЕ НА РАССТОЯНИИ
ДВОЙНОЕ ИЗОБРАЖЕНИЕ	БОЛЬ В ГЛАЗАХ	ОПУХШИЕ ВЕКИ
ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ГЛАЗ	КАТАРАКТА	ГЛАУКОМА
КОСОГЛАЗИЕ	ЧРЕЗМЕРНАЯ СЛЁЗОТОЧИВОСТЬ	ДИАБЕТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ГЛАЗ
КАЖУЩИЙСЯ ЯРКИЙ СВЕТ	ПЛАВАЮЩИЕ ПЯТНЫШКИ	ДЕГЕНЕРАЦИЯ ЖЕЛТОГО ПЯТНА
МИГАЮЩИЕ ОГОНЬКИ	ГОЛОВНАЯ БОЛЬ	ЗУД
КРАСНОТА		

**ПОЖАЛУЙСТА ОБВЕДИТЕ КРУЖКОМ, ЕСЛИ КТО-ЛИБО В ВАШЕЙ СЕМЬЕ ИМЕЛ :**

ГЛАУКОМУ, КАТАРАКТУ, КОСОГЛАЗИЕ ИЛИ БОЛЕЗНЬ СЕТЧАТКИ ГЛАЗА

**ПОЛЬЗУЕТЕСЬ ЛИ ВЫ КАКИМИ-ЛИБО ГЛАЗНЫМИ КАПЛЯМИ?** ДА/ НЕТ \_\_\_

ПОЖАЛУЙСТА ПЕРЕЧИСЛИТЕ КАКИМИ \_\_\_\_\_

**НОСИТЕ ЛИ ВЫ ОЧКИ?** для РАССТОЯНИЯ \_\_\_ для ЧТЕНИЯ \_\_\_ БИФОКАЛЬНЫЕ \_\_\_ пожалуйста отметьте**НОСИТЕ ЛИ ВЫ КОНТАКТНЫЕ ЛИНЗЫ?** ДА/ НЕТ \_\_\_ КТО ВАМ ИХ ВЫПИСАЛ \_\_\_\_\_**КАКИЕ У ВАС КОНТАКТНЫЕ ЛИНЗЫ?**  
\_\_\_\_\_**КОГДА БЫЛО ВАШЕ ПОСЛЕДНЕЕ ГЛАЗНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ?** \_\_\_\_\_**ИМЯ ДОКТОРА** \_\_\_\_\_**БЫЛИ ЛИ У ВАС ОПЕРАЦИЯ НА ГЛАЗАХ ИЛИ ЛАЗЕРНАЯ ОПЕРАЦИЯ?** ДА/ НЕТ \_\_\_

ЕСЛИ ДА, ПОЖАЛУЙСТА, ОБЪЯСНИТЕ:

---

БЫЛИ ЛИ У ВАС НЕДАВНО КАКИЕ-ЛИБО ТРАВМЫ, ОПЕРАЦИИ ИЛИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ?

ДА/ НЕТ\_\_\_ ЕСЛИ ДА, ПОЖАЛУЙСТА, ОБЪЯСНИТЕ:

---

### ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Пожалуйста обведите кружком С для себя и Р для родственника

ДИАБЕТ	С/ Р	СТЕНОКАРДИЯ	С/ Р	АСТМА	С/Р	ИНСУЛЬТ	С/Р
РАК	С/ Р	ВИЧ / СПИД	С/ Р	ИНФАРКТ	С/Р	ЯЗВА	С/Р
РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ			С/ Р	ВЫСОКОЕ КРОВЯНОЕ ДАВЛЕНИЕ			С/Р
ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА			С/ Р	ВЫСОКИЙ ХОЛЕСТЕРИН			С/Р

КАКИЕ ЛЕКАРСТВА ВЫ ПРИНИМАЕТЕ? ПОЖАЛУЙСТА ПЕРЕЧИСЛИТЕ НИЖЕ:

ЛЕКАРСТВО	ДОЗИРОВКА	НА КАКИЕ ЛЕКАРСТВА У ВАС АЛЛЕРГИЯ
-----------	-----------	-----------------------------------


REVIEWED: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА: \_\_\_\_\_

ДАТА: \_\_\_\_\_