



KONSTANTIN vasyukevich<sup>MD</sup>

Patient Name \_\_\_\_\_ Today's Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Имя, фамилия Дата (месяц, число, год)

Phone Number \_\_\_\_\_ Alternative Phone Number \_\_\_\_\_  
Номер телефона Дополнительный номер телефона

E-mail Address \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Gender \_\_\_\_  
Адрес электронной почты Дата рождения (месяц, число, год) Пол

Mailing Address \_\_\_\_\_  
Почтовый адрес

---

---

Emergency Contact Name \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_  
Кому из близких можно звонить в случае необходимости Номер телефона

Family Physician \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_  
Терапевт/семейный доктор Номер телефона

Pharmacy \_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_  
Аптека Номер телефона

Please answer the following health questions.  
Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы о Вашем здоровье.

Have you ever had heart problems or abnormal condition?  Yes  No  
Были ли у Вас какие-либо проблемы с сердцем?

Have you ever had heart catheterization, bypass surgery, or pacemaker?  Yes  No  
Были ли у Вас операции на сердце, катеризация сосудов сердца или кардиостимулятор?

Are you currently taking Coumadin, Plavix or aspirin?  Yes  No  
Принимаете ли Вы в настоящее время Coumadin, Plavix или aspirin?

Do you have emphysema, sleep apnea or another breathing condition that is oxygen-dependent?  Yes  No  
Страдаете ли Вы от эмфиземы, астмы или другого дыхательного заболевания?

Do you have a bleeding disorder or experienced excessive bleeding in the past?  Yes  No  
Были ли у Вас проблемы со свертываемостью крови или кровотечения?

Are you currently undergoing radiation therapy or chemotherapy for cancer?  Yes  No  
Вы проходите в настоящее время лечение химиотерапией или радиационной терапией от рака?

Have you had a history of a connective tissue disorder (e.g., Ehlers Danlos Syndrome)?  Yes  No  
Страдаете ли Вы заболеванием соединительных тканей (например синдром Энлерса-Данлоса)?

Are you currently pregnant?  Yes  No  
Есть ли вероятность, что Вы беременны?

Have you ever had HIV/AIDS or other chronic infections?  
Страдаете ли Вы от СПИДа или ВИЧ-инфекции?

Yes  No

Kidney insufficiency?  
Почечная недостаточность?

Yes  No

Liver insufficiency or cirrhosis?  
Заболевания печени или цирроз?

Yes  No

History of aortic aneurysm?  
Аневризма аорты?

Yes  No

Have you ever had a seizure disorder or stroke?  
У вас когда либо были приступы эпилепсии или инсульт?

Yes  No

Are you allergic to any medications or Latex?  
У Вас есть аллергия на какие-либо медикаменты или Латекс?

Yes  No

Please list the medications you are allergic to \_\_\_\_\_  
Пожалуйста, перечислите медикаменты, на которые у Вас есть аллергия

What medications or supplements (prescribed and non-prescribed) are you currently taking?  
Какие медицинские препараты или биодобавки (по рецепту или без него) Вы принимаете?

---

---

---

List your previous surgeries.  
Укажите предыдущие операции.

---

---

Please list any medical problems, conditions, or other health related problems that the doctor should know.  
Пожалуйста, укажите проблемы со здоровьем или какие-либо особенности Вашего организма, о которых должен знать врач.

---

---

I certify that I have listed all of my current medications, allergies, hospitalizations, medical conditions and previous surgeries to the best of my knowledge and ability.

Я подтверждаю, что выше были указаны все препараты, которые я принимаю, а также перечислены мои аллергии, заболевания и возможные проблемы со здоровьем, а также упомянуты мои предыдущие операции.

Patient's Name \_\_\_\_\_  
Имя и фамилия пациента

Signature \_\_\_\_\_  
Подпись

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Дата (месяц/число/год)