

**Анкета пациента**

	ДА	НЕТ
ФИО		
Дата рождения		
Болеете ли Вы сейчас?		
Были ли у Вас контакты с больными с инфекционными заболеваниями в последние 14 дней?		
Болели ли Вы COVID 19? (если да, то когда)		
<b>Для женщин</b>		
Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?		
Кормите ли Вы в настоящее время грудью?		
<b>Последние 14 дней отмечались ли у Вас:</b>		
• Повышение температуры		
• Боль в горле		
• Потеря обоняния		
• Насморк		
• Потеря вкуса		
• Кашель		
• Затруднение дыхания		
Делали ли Вы прививку от гриппа/пневмококка или другие прививки? Если «да» указать дату _____		
Были ли у Вас аллергические реакции?		
Есть ли у Вас хронические заболевания? Указать какие _____		

Дата

Подпись

## СПИСОК ДЛЯ РАССЫЛКИ

письма Минздрава России

от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2020 г. № \_\_\_\_\_

Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья (85 субъектов Российской Федерации).

Перечень федеральных государственных бюджетных учреждений здравоохранения, которым направляется письмо - 7 учреждений здравоохранения:

п/п	Наименование	Адрес
1.	Министерство обороны Российской Федерации	ул. Знаменка, д. 19, Москва 103160
2.	Главное медицинское управление делами Президента Российской Федерации	Никитников пер., дом 2, подъезд 5, Москва 103132
3.	ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. Академика В.И. Кулакова» Минздрава России	ул. Академика Опарина, д.4, Москва 117997
4.	ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России	Петроверигский пер., д.10, Москва 101000
5.	ФСБ России	ул. Большая Лубянка, д. 1, Москва 107031
6.	ОАО «РЖД» - «РЖД- Медицина»	ул. Малая Грузинская, д. 52а, стр. 1, Москва 123557
7.	ФМБА России	Волоколамское шоссе, д.30 Москва 123182

Заместитель директора  
Департамента организации медицинской помощи  
и санаторно-курортного дела



Д.И. Батурин