

## ОПРОСНИК

Фамилия, И.О. \_\_\_\_\_ Вес \_\_\_\_\_ Рост \_\_\_\_\_

НАЛИЧИЕ СЫПИ, ПОКРАСНЕНИЙ, ВЫСЫПАНИЙ (нужное обвести): ДА / НЕТ

( Если ДА, указать область: **голова, лицо, руки, ноги**)

Температура: ДА / НЕТ(нужное обвести)

Контакт с инфекционными больными: ДА / НЕТ (нужное обвести)

Выезд за рубеж: ДА / НЕТ(нужное обвести)

Сахарный диабет: ДА / НЕТ(нужное обвести)

Место работы, учёбы (название организации) \_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_

Свой телефон \_\_\_\_\_

Контактный телефон родственников \_\_\_\_\_

К какой ж/к Вы прикреплены: \_\_\_\_\_

Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_

Приложение № 19 к приказу  
ГБУЗ «ГКБ им. А.К.Ерамишанцева ДЗМ»  
от «09» июня 2018 г.

## ИНФОРМИРОВАННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ

✓ Я, \_\_\_\_\_ № истории болезни \_\_\_\_\_

- Информирована о том, что **курение в больнице запрещено!**

Нельзя пользоваться электроприборами, хранить верхнюю одежду, Ценности в отделении, а также покидать отделение без разрешения медицинского персонала. Я уведомлена и согласна с тем, что за нарушение указанных правил я могу быть досрочно выписана из стационара за нарушение режима.

✓ Дата « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_