



### Формы для новых пациентов

Данные пациента			
Ф. И. О.:		ДАТА РОЖДЕНИЯ (М-Д-Г): - -	
Адрес:			
Город:	Штат:	Почтовый индекс:	Номер соц. страхования: - -
Домашний телефон: ( ) -	Мобильный телефон: ( ) -		Рабочий телефон: ( ) -
Пол: <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский	Семейное положение:		Адрес эл. почты:
Контактные данные для связи в экстренных случаях			
Ф. И. О.:		Отношения:	Телефон: ( ) -
Данные врача / направляющего специалиста			
Основной лечащий врач (ОЛВ):		Телефон: ( ) -	
Направляющий врач (если не ОЛВ):		Телефон: ( ) -	
Данные учреждения			
Название учреждения:	Учреждение квалифицированного сестринского ухода: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	Хоспис: <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Адрес учреждения:			
Финансирующая сторона (если не пациент)			
Ф. И. О.:			
Адрес:			
Отношения:	ДАТА РОЖДЕНИЯ (М-Д-Г): - -		Номер соц. страхования: - -

ПОСЕТИТЕ КАССУ, прежде чем покинуть наше учреждение. Оказанные услуги подлежат оплате в день их оказания. В рамках оказания услуг мы подадим Ваши заявления о выплате страхового возмещения. Обязательства по страхованию/финансированию согласовываются с нашим отделом по работе с пациентами перед инъекциями, лазерными процедурами или оперативными вмешательствами.

**ЗАЯВЛЕНИЕ О РАСКРЫТИИ ИНФОРМАЦИИ И ПЕРЕУСТУПКЕ ПРАВ НА СТРАХОВЫЕ ЛЬГОТЫ:**  
Настоящим я разрешаю раскрытие любой медицинской информации, необходимой для обработки моего заявления на получение страховой выплаты, и ПЕРЕДАЮ ВРАЧУ права на все выплаты MEDICARE и/или других страховых компаний по оказанным услугам. Я понимаю и принимаю изложенные выше условия.

**УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ:** Я прочитал(-а) Уведомление о порядке использования конфиденциальной информации и даю свое согласие на раскрытие моих медицинских данных, связанных с лечением.

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента или представителя пациента

\_\_\_\_\_  
Дата



---

Ф. И. О. пациента печатными буквами

---

Ф. И. О. представителя пациента печатными буквами и кем приходится пациенту (при наличии)

### **СОГЛАШЕНИЕ ОБ АРБИТРАЖЕ МЕЖДУ ВРАЧАМИ И ПАЦИЕНТОМ**

Статья 1: Согласие на арбитраж: Стороны договорились, что любые споры в отношении врачебных ошибок, т. е. были ли оказанные по настоящему договору медицинские услуги ненужными или неразрешенными либо оказаны ненадлежащим образом, небрежно или некомпетентно, будут рассматриваться в арбитражном порядке в соответствии с законодательством Калифорнии, а не в рамках судебного разбирательства или обращения в суд за исключением случаев, когда закон Калифорнии предусматривает судебный пересмотр арбитражного разбирательства. Заключая настоящий договор, обе стороны отказываются от своих конституционных прав на рассмотрение таких споров судом присяжных и вместо этого соглашаются на арбитражное разбирательство.

Статья 2: Рассмотрение всех исков в арбитражном порядке. Стороны намерены связать условиями настоящего соглашения все стороны, чьи иски и претензии могут быть вызваны или связаны с лечением или услугами, предоставляемыми врачом, включая супругов или наследников пациента, а также любых детей (родившихся или нерожденных) на момент возникновения обстоятельств, вызвавших какие-либо претензии или иски. В случае беременной матери термин «пациент» в настоящем документе означает как мать, так и ожидаемого ею ребенка или детей.

Все иски о возмещении денежного ущерба, превышающего лимит, подпадающий под юрисдикцию мелких судебных разбирательств, предъявляемые врачу, участникам со стороны врача, его коллегам, ассоциации, корпорации или товариществу, а также сотрудникам, агентам и наследникам любого из них, подлежат рассмотрению в арбитражном порядке, включая, помимо прочего, иски об утрате супружеской общности жизни, смерти в результате противоправных действий, моральном ущербе или штрафные убытки. Предъявление врачом иска в любом суде для взыскания платы с пациента не лишает его права на арбитражное разбирательство по любому иску о профессиональной некомпетентности врача. Тем не менее, после предъявления иска врачу любые споры по оплате, даже если они являются предметом текущего судебного разбирательства, также подлежат урегулированию в арбитражном порядке.

Статья 3: Процедуры и применимое законодательство. Требование об арбитражном разбирательстве должно быть доведено до сведения всех сторон в письменном виде. Каждая сторона должна выбрать арбитра (арбитра стороны) в течение тридцати дней, а третий арбитр (нейтральный арбитр) выбирается назначенными сторонами арбитрами в течение тридцати дней после требования любой из сторон о назначении нейтрального арбитра. Каждая сторона арбитражного разбирательства оплачивает пропорциональную долю расходов и гонорара

## Acuity Eye Group

нейтрального арбитра наряду с другими расходами арбитражного разбирательства, понесенными или утвержденными нейтральным арбитром, без учета гонораров адвокатов или свидетелей и других расходов, понесенных стороной в собственных интересах. Стороны согласны с тем, что при исполнении своих обязанностей арбитра по настоящему соглашению арбитры освобождаются от гражданской ответственности как судебные должностные лица. Этот иммунитет дополняется, а не заменяется любыми другими применимыми положениями общего права. Каждая из сторон имеет абсолютное право на отдельное арбитражное разбирательство по вопросам ответственности и убытков, письменно заявив это требование нейтральному арбитру.

Стороны согласны на вступление и участие в этом арбитражном разбирательстве физических или юридических лиц, которые могли бы считаться надлежащей дополнительной стороной в судебном разбирательстве, и в случае вступления и участия в арбитражном разбирательстве третьих лиц любое текущее судебное производство в отношении этих физических или юридических лиц должно ожидать решения арбитражного разбирательства.

Стороны согласны с тем, что положения законодательства Калифорнии, применимые к поставщикам медицинских услуг, распространяются на споры в рамках настоящего арбитражного соглашения, включая, помимо прочего, разделы 340.5 и 667.7 Гражданского процессуального кодекса и разделы 3333.1 и 3333.2 Гражданского кодекса. Любая сторона может внести арбитрам предложение об упрощенном производстве или упрощенном вынесении арбитражного решения в соответствии с Гражданским процессуальным

кодексом. Представление сведений должно осуществляться в соответствии с разделом 1283.05 Гражданского процессуального кодекса; при этом показания свидетелей могут приниматься без предварительного разрешения нейтрального арбитра.

Статья 4: Общие положения. Все иски по одному и тому же инциденту, операции или связанным обстоятельствам должны рассматриваться в рамках одного арбитражного разбирательства. Иск подлежит аннулированию и больше не может предъявляться, если (1) на дату получения уведомления о нем этот иск (в случае его оценки в рамках гражданского дела) был бы запрещен согласно применимым срокам исковой давности Калифорнии, или (2) истец добросовестно не предъявит арбитражный иск в соответствии с процедурами, указанными в настоящем документе. По любым вопросам, прямо не предусмотренным настоящим соглашением, арбитры должны руководствоваться положениями Гражданского процессуального кодекса Калифорнии, касающимися арбитражного разбирательства.

Статья 5: Аннулирование. Настоящее соглашение может быть аннулировано путем письменного уведомления врача в течение 30 дней с момента подписания. Настоящее соглашение должно распространяться на все медицинские услуги, оказываемые в любое время по данному заболеванию.

Статья 6: Обратная сила. Если пациент намерен распространить действие настоящего соглашения на услуги, оказанные до даты его подписания (включая, помимо прочего, экстренное лечение), пациент должен поставить свои инициалы ниже, и это соглашение будет считаться вступившим в силу с даты оказания первой медицинской помощи:

\_\_\_\_\_ Инициалы пациента или представителя пациента



В случае признания какого-либо положения настоящего арбитражного соглашения недействительным или неосуществимым остальные положения сохраняют свою юридическую силу и действуют в полном объеме, независимо от недействительности каких-либо иных положений.

Я понимаю, что имею право получить экземпляр настоящего арбитражного соглашения. Своей подписью ниже я подтверждаю, что получил(-а) экземпляр соглашения.

ПРИМЕЧАНИЕ: ПОДПИСЫВАЯ НАСТОЯЩЕЕ СОГЛАШЕНИЕ, ВЫ СОГЛАШАЕТЕСЬ НА РАССМОТРЕНИЕ ЛЮБЫХ ВОПРОСОВ О ВРАЧЕБНОЙ ХАЛАТНОСТИ НЕЙТРАЛЬНЫМ АРБИТРОМ И ОТКАЗЫВАЕТЕСЬ ОТ СВОЕГО ПРАВА НА ИХ РАССМОТРЕНИЕ СУДОМ ПРИСЯЖНЫХ. СМ. СТАТЬЮ 1 НАСТОЯЩЕГО СОГЛАШЕНИЯ.

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента или представителя пациента

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Ф. И. О. пациента печатными буквами

\_\_\_\_\_  
Ф. И. О. представителя пациента печатными буквами и кем приходится пациенту (при наличии)

\_\_\_\_\_  
Подпись врача или уполномоченного представителя

\_\_\_\_\_  
Дата

### **УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОРЯДКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОНФИДЕНЦИАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ**

#### **НАШЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВО В ОТНОШЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ:**

Мы понимаем, что медицинская информация о Вас и Вашем здоровье носит личный характер. Мы серьезно относимся к защите медицинской информации о Вас. Мы создаем документацию о получаемом Вами лечении и услугах. Эта документация необходима нам для предоставления Вам качественной медицинской помощи и соблюдения определенных юридических требований. Данное уведомление относится ко всем записям о Вашем лечении, созданным этой компанией. В ДАННОМ УВЕДОМЛЕНИИ ОПИСАНО, КАК МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ И РАЗГЛАШАТЬСЯ МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ВАС. ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С НИМ.

В приведенных ниже категориях описаны различные способы использования и раскрытия нами медицинской информации. В перечисленных категориях указаны не все виды использования или раскрытия информации. Однако все способы разрешенного нам использования и раскрытия информации подпадают под одну из этих категорий.



1. Лечение: Мы будем использовать медицинскую информацию для оказания Вам медицинской помощи. Например, мы можем передавать Вашу медицинскую информацию другим врачам или другим медицинским работникам, которые будут предоставлять те услуги, которые мы не предоставляем.
2. Альтернативные варианты лечения: Мы можем использовать и раскрывать медицинскую информацию для информирования или рекомендации Вам возможных или альтернативных вариантов лечения, которые могут представлять для Вас интерес.
3. Оплата: Мы будем использовать медицинскую информацию для получения оплаты за предоставленные нами услуги.
4. Работа медицинского учреждения: Мы можем использовать медицинскую информацию для ведения нашей медицинской деятельности. Например, мы можем использовать и раскрывать эту информацию для проверки и улучшения качества предоставляемых нами услуг, а также качества и компетентности наших специалистов.
5. Напоминания о визите: Мы можем использовать и раскрывать медицинскую информацию, чтобы связаться с Вами и напомнить о предстоящих визитах. Мы не будем предоставлять медицинскую информацию, оставляя сообщения.
6. Журнал регистрации посетителей: Мы можем использовать и раскрывать медицинскую информацию о Вас, требуя от Вас зарегистрироваться по прибытии в наше учреждение. Мы также можем называть Ваше имя, приглашая на прием.
7. Адрес электронной почты: Мы можем связываться с Вами по электронной почте.
8. Маркетинг: Мы можем связываться с Вами для предоставления Вам информации о продуктах и услугах, связанных с Вашим лечением, курированием или координацией лечения.
9. По требованию законодательства: В соответствии с требованиями законодательства мы будем использовать и раскрывать Вашу медицинскую информацию, но ограничим ее использование или раскрытие нами согласно соответствующим требованиям закона. Иногда нам может потребоваться раскрыть Вашу медицинскую информацию сотрудникам правоохранительных органов с целью выявления или обнаружения лиц, скрывающихся от правосудия, важных свидетелей или находящихся в розыске лиц.
10. Судебные и административные производства: Мы можем, а иногда обязаны по закону раскрывать Вашу медицинскую информацию в ходе административных или судебных разбирательств в объемах и случаях, прямо разрешенных судебным или административным распоряжением.
11. Общественное здравоохранение: Мы можем, а иногда обязаны по закону раскрывать Вашу медицинскую информацию органам здравоохранения в целях, связанных с: профилактикой или контролем заболеваний, травм или инвалидизации; сообщением о беспризорности или жестоком обращении с детьми, пожилыми людьми или иждивенцами; сообщением о домашнем насилии; сообщением в Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств (FDA) о проблемах с продуктами, реакциях на лекарственные препараты, заболеваемости или инфицировании.
12. Управление по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных средств (FDA). Мы можем раскрывать медицинскую информацию о Вас (только для пациентов, участвующих в исследовании) Управлению по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств (FDA) или организации, регулируемой FDA, например для сообщения о нежелательном явлении или дефекте, связанном с лекарственным препаратом или медицинским устройством.

**ИНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ:**

Иное использование и раскрытие медицинской информации, не указанное в настоящем уведомлении или распространяющихся на нас законах, будет осуществляться только с Вашего письменного разрешения. Если Вы дадите нам разрешение на использование или раскрытие медицинской информации о Вас, Вы сможете письменно отозвать это разрешение в любое время. Если Вы отзовете свое разрешение, мы больше не будем использовать или раскрывать медицинскую информацию о Вас в целях, указанных в Вашем письменном разрешении. Вы понимаете, что мы не сможем отменить раскрытие информации, уже осуществленное нами с Вашего разрешения, и что мы обязаны хранить документацию о предоставляемом Вам медицинском обслуживании.

**ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ДАННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ:**

Мы оставляем за собой право изменять данное уведомление. Мы оставляем за собой право вносить в данное уведомление исправления или изменения, распространяющиеся на уже имеющуюся у нас медицинскую информацию о Вас, а также на любую информацию, которую мы получим в будущем. В данном уведомлении будет указана дата вступления в силу.

**ПРЕТЕНЗИИ**

Если Вы считаете, что Ваши права на неприкосновенность частной жизни были нарушены, Вы можете подать жалобу в Институт офтальмологии Калифорнии или специалистам Acuity Eye по обычной почте либо написать по электронной почте ответственному по защите персональных данных по адресу [PrivacyOfficer@retina2020.com](mailto:PrivacyOfficer@retina2020.com). Все претензии должны подаваться в письменном виде. Вам не грозит наказание за подачу жалобы.

**ИНФОРМАЦИЯ О КАПЛЯХ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ ЗРАЧКОВ**

Капли для расширения зрачков используются для расширения или увеличения зрачков, чтобы офтальмолог мог лучше рассмотреть внутреннюю поверхность Вашего глаза.

Капли для расширения зрачков часто вызывают нечеткость зрения, продолжительность которой варьируется от человека к человеку, и непереносимость яркого света. Ваш офтальмолог не может предсказать, насколько изменится Ваше зрение. Поскольку сразу после осмотра управление автомобилем может вызывать трудности, лучше заранее спланировать свой визит так, чтобы после осмотра не садиться за руль.

Капли для расширения зрачков могут вызывать такие нежелательные реакции, как острая закрытоугольная глаукома. Это крайне редкое явление, требующее немедленной медицинской помощи.

Настоящим я разрешаю врачу, которого я посещаю, и назначенным им/ей ассистентам, закапывать мне капли для расширения зрачков. Я понимаю, что применение капель для расширения зрачков необходимо для диагностики моего заболевания.

---

Подпись пациента или представителя пациента

---

Дата



---

Ф. И. О. пациента печатными буквами

---

Ф. И. О. представителя пациента печатными буквами и кем приходится пациенту (при наличии)

### **ФИНАНСОВАЯ ПОЛИТИКА УЧРЕЖДЕНИЯ**

Наша цель — обеспечить и поддерживать хорошие отношения между врачом и пациентом. Заблаговременное знакомство Вас с нашей политикой помогает нам наладить взаимодействие и позволяет достичь нашей цели. Просим Вас внимательно прочитать этот документ. Если у Вас возникнут какие-либо вопросы, обращайтесь к нашему персоналу.

1. По прибытии зарегистрируйтесь на стойке регистрации и предъявляйте свою текущую карточку страхования при каждом визите. Вас попросят подписать и датировать копию карточки. Это Ваше подтверждение правильности указания страховой компании и согласие на выставление ей счетов. **В СЛУЧАЕ НЕПРАВИЛЬНОГО УКАЗАНИЯ ВАМИ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ ВЫ БУДЕТЕ ОБЯЗАНЫ ОПЛАТИТЬ ВИЗИТ И ПРЕДОСТАВИТЬ СЧЕТА В КОМПАНИЮ, ОФОРМИВШУЮ ВАМ СТРАХОВКУ.**
2. В соответствии с Вашей программой страхования Вы отвечаете за оплату всех доплат, франшизы и доли участия страхователя в оплате оказанной ему помощи.
3. Вы обязаны понимать льготы, предусмотренные Вашей программой. Вы обязаны знать, требуется ли письменное направление или разрешение для посещения специалистов, предварительное разрешение перед процедурой, а также какие услуги покрываются страховкой.
4. Если наши врачи не указаны в Вашей страховой программе, Вы должны будете внести оплату в полном объеме во время Вашего визита в клинику. В случае плановых визитов предоплата вносится до визита.
5. Если у Вас нет страховки, оплата за визит к врачу осуществляется во время визита.
6. Доплата вносится во время оказания услуг. Плата за обработку (или сервисный сбор) взимается в дополнение к Вашей доплате, если доплата не вносится во время оказания услуг или до конца следующего рабочего дня.
7. Счета за пациентов выставляются сразу после получения разъяснения выплат по Вашей программе страхования. Денежный перевод должен быть осуществлен Вами в течение 10 рабочих дней после получения счета.
8. Не все услуги, предоставляемые нашим учреждением, покрываются любыми программами страхования. Вы отвечаете за оплату любых услуг, которые не входят в Вашу программу страхования.
9. Я прочитал(-а) и понимаю финансовую политику данного учреждения и обязуюсь ее соблюдать, а также принимаю на себя ответственность за осуществление любых платежей, подлежащих оплате на указанных выше основаниях.

---

Подпись пациента или представителя пациента

---

Дата



---

Ф. И. О. пациента печатными буквами

---

Ф. И. О. представителя пациента печатными буквами и кем приходится пациенту (при наличии)

### **УВЕДОМЛЕНИЕ О СТРАХОВАНИИ/ДОПЛАТЕ РАЗНИЦЫ**

Я подтверждаю, что в случае непокрытия моей страховкой получаемых мной услуг я отвечаю за оплату полученных мной услуг. Я понимаю, что я обязан(-а) уведомить Институт офтальмологии Калифорнии или Acuity Eye Group о любых изменениях в моей страховке. Я понимаю, что если я не уведомлю Институт офтальмологии Калифорнии или Acuity Eye Group о каких-либо изменениях в моей страховке, я буду нести ответственность за предоставленные услуги и получу счет на их оплату по почте. Я подтверждаю, что в случае неполного покрытия моей страховкой полученных мной услуг я отвечаю за оплату оставшейся суммы или внесение доплаты.

---

Подпись пациента или представителя пациента

---

Дата

---

Ф. И. О. пациента печатными буквами

---

Ф. И. О. представителя пациента печатными буквами и кем приходится пациенту (при наличии)





### ПРАВИЛА ОТМЕНЫ ВИЗИТА

Обратите внимание, что мы выделяем время для каждого пациента. Если Вы не позвоните и не предупредите нас об отмене своего визита как минимум за 24 часа, с Вас может быть удержан сбор за отмену визита в размере 25 долларов США. Благодарим Вас за сотрудничество.

Я прочитал(-а) и понимаю правила отмены визита данного учреждения и обязуюсь соблюдать их, а также принимаю на себя ответственность за осуществление любых платежей, подлежащих оплате на указанных выше основаниях.

\_\_\_\_\_  
Подпись пациента или представителя пациента

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Ф. И. О. пациента печатными буквами

\_\_\_\_\_  
Ф. И. О. представителя пациента печатными буквами и кем приходится пациенту (при наличии)

### АНАМНЕЗ ПАЦИЕНТА

#### ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, АЛЛЕРГИИ, ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Аллергия на лекарственные препараты? [ ] ДА [ ] НЕТ	Хирургические операции? [ ] ДА [ ] НЕТ
В случае аллергии на лекарственные препараты перечислите ниже все лекарственные препараты и реакции на них. (Например: пенициллин, сульфаниламиды, НПВП и т. д.)	При наличии операций перечислите все операции ниже. (Например, тонзилэктомия, аппендэктомия, катаракта и т. д.)

#### ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Вы когда-либо были госпитализированы? [ ] ДА, укажите ниже дату и причину. [ ] НЕТ

Дата	Причина

# Acuity Eye Group

Были ли у Вас диагностированы какие-либо из следующих заболеваний? (Отметьте все подходящие варианты)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Анемия                 | <input type="checkbox"/> Зоб                           | <input type="checkbox"/> Камни в почках                     |
| <input type="checkbox"/> Ангина                 | <input type="checkbox"/> Шумы в сердце                 | <input type="checkbox"/> Лейкоз                             |
| <input type="checkbox"/> Астма                  | <input type="checkbox"/> Проблемы с сердцем            | <input type="checkbox"/> Пневмония                          |
| <input type="checkbox"/> Рак (укажите вид ниже) | <input type="checkbox"/> Гепатит                       | <input type="checkbox"/> Псориаз                            |
| <input type="checkbox"/> Катаракта              | <input type="checkbox"/> Высокое артериальное давление | <input type="checkbox"/> Легочная эмболия                   |
| <input type="checkbox"/> Колит                  | <input type="checkbox"/> Высокий уровень холестерина   | <input type="checkbox"/> Ревматизм                          |
| <input type="checkbox"/> Болезнь Крона          | <input type="checkbox"/> ВИЧ/СПИД                      | <input type="checkbox"/> Язва желудка или 12-перстной кишки |
| <input type="checkbox"/> Диабет                 | <input type="checkbox"/> Гипотиреоз                    | <input type="checkbox"/> Инсульт                            |
| <input type="checkbox"/> Эмфизема               | <input type="checkbox"/> Желтуха                       | <input type="checkbox"/> Туберкулез                         |
| <input type="checkbox"/> Эпилепсия (судороги)   | <input type="checkbox"/> Заболевание почек             |   |

Другие заболевания:

## СОЦИАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ

(Отметьте все подходящие варианты)

- Курение, \_\_\_\_\_ пачек в день в течение \_\_\_\_\_ лет.
- Алкоголь
- Запрещенные препараты, укажите: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_



### ОБЩИЕ ЖАЛОБЫ

Испытывали ли Вы какие-либо из следующих проблем за последний месяц? (Отметьте все подходящие варианты)

<p><b>Общие</b></p> <input type="checkbox"/> Недавний набор веса <input type="checkbox"/> Недавняя потеря веса <input type="checkbox"/> Утомляемость <input type="checkbox"/> Слабость <input type="checkbox"/> Лихорадка <input type="checkbox"/> Ночная потливость	<p><b>Горло</b></p> <input type="checkbox"/> Частые боли в горле <input type="checkbox"/> Охриплость голоса <input type="checkbox"/> Затруднения при глотании <input type="checkbox"/> Боль в челюсти	<p><b>Желудок и кишечник</b></p> <input type="checkbox"/> Тошнота <input type="checkbox"/> Изжога <input type="checkbox"/> Боль в желудке <input type="checkbox"/> Рвота <input type="checkbox"/> Тропическая лихорадка <input type="checkbox"/> Запор <input type="checkbox"/> Стойкая диарея <input type="checkbox"/> Кровь в стуле <input type="checkbox"/> Черный стул	<p><b>Уши</b></p> <input type="checkbox"/> Звон в ушах <input type="checkbox"/> Потеря слуха
<p><b>Мышцы/суставы/кости</b></p> <input type="checkbox"/> Онемение <input type="checkbox"/> Боль в суставах <input type="checkbox"/> Мышечная слабость <input type="checkbox"/> Отек суставов	<p><b>Сердце и легкие</b></p> <input type="checkbox"/> Боль в груди <input type="checkbox"/> Учащенное сердцебиение <input type="checkbox"/> Одышка <input type="checkbox"/> Обморок <input type="checkbox"/> Отеки ног/ступней <input type="checkbox"/> Кашель	<p><b>Нервная система</b></p> <input type="checkbox"/> Головные боли <input type="checkbox"/> Головокружение <input type="checkbox"/> Обморок/потеря сознания <input type="checkbox"/> Онемение или покалывание <input type="checkbox"/> Потеря памяти	<p><b>Кровь</b></p> <input type="checkbox"/> Анемия <input type="checkbox"/> Тромбы
<p><b>Глаза</b></p> <input type="checkbox"/> Боль <input type="checkbox"/> Покраснение <input type="checkbox"/> Потеря зрения <input type="checkbox"/> Двоение в глазах/размытое зрение <input type="checkbox"/> Сухость	<p><b>Кожа</b></p> <input type="checkbox"/> Покраснение <input type="checkbox"/> Сыпь <input type="checkbox"/> Узелки/бугорки <input type="checkbox"/> Выпадение волос <input type="checkbox"/> Изменение цвета кистей или стоп	<p><b>Почки/гениталии/мочевой пузырь</b></p> <input type="checkbox"/> Частое/болезненное мочеиспускание <input type="checkbox"/> Кровь в моче <input type="checkbox"/> Импотенция <input type="checkbox"/> Недержание <input type="checkbox"/> Инфекции	<p><b>Психическое состояние</b></p> <input type="checkbox"/> Депрессия <input type="checkbox"/> Тревога <input type="checkbox"/> Перепады настроения <input type="checkbox"/> Бессонница <input type="checkbox"/> Галлюцинации <input type="checkbox"/> Дезориентация

### СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ

Диагностировали ли у члена Вашей семьи какие-либо из следующих проблем? (Отметьте все подходящие варианты)

<p><b>Отец</b></p> <input type="checkbox"/> Глаукома <input type="checkbox"/> Катаракта <input type="checkbox"/> Макулярная дегенерация <input type="checkbox"/> Диабет <input type="checkbox"/> Гипертония <input type="checkbox"/> Рак <input type="checkbox"/> Артрит <input type="checkbox"/> Заболевание сердца <input type="checkbox"/> Другое: _____	<p><b>Брат</b></p> <input type="checkbox"/> Глаукома <input type="checkbox"/> Катаракта <input type="checkbox"/> Макулярная дегенерация <input type="checkbox"/> Диабет <input type="checkbox"/> Гипертония <input type="checkbox"/> Рак <input type="checkbox"/> Артрит <input type="checkbox"/> Заболевание сердца <input type="checkbox"/> Другое: _____	<p><b>Дочь</b></p> <input type="checkbox"/> Глаукома <input type="checkbox"/> Катаракта <input type="checkbox"/> Макулярная дегенерация <input type="checkbox"/> Диабет <input type="checkbox"/> Гипертония <input type="checkbox"/> Рак <input type="checkbox"/> Артрит <input type="checkbox"/> Заболевание сердца <input type="checkbox"/> Другое: _____
<p><b>Мать</b></p> <input type="checkbox"/> Глаукома <input type="checkbox"/> Катаракта <input type="checkbox"/> Макулярная дегенерация <input type="checkbox"/> Диабет <input type="checkbox"/> Гипертония <input type="checkbox"/> Рак	<p><b>Сестра</b></p> <input type="checkbox"/> Глаукома <input type="checkbox"/> Катаракта <input type="checkbox"/> Макулярная дегенерация <input type="checkbox"/> Диабет <input type="checkbox"/> Гипертония <input type="checkbox"/> Рак	<p><b>Сын</b></p> <input type="checkbox"/> Глаукома <input type="checkbox"/> Катаракта <input type="checkbox"/> Макулярная дегенерация <input type="checkbox"/> Диабет <input type="checkbox"/> Гипертония <input type="checkbox"/> Рак

# Acuity Eye Group

- Артрит
- Заболевание сердца
- Другое: \_\_\_\_\_

- Артрит
- Заболевание сердца
- Другое: \_\_\_\_\_

- Артрит
- Заболевание сердца
- Другое: \_\_\_\_\_