|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия |  |
| Имя |  |
| Отчество |  |
| Дата рождения |  |
| Пол |  |
| Контактный телефон |  |
| Адрес проживания |  |

Фото

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Рост | см |  |
| Вес | кг |  |

|  |
| --- |
| Перенесенные заболевания |
| Хронические заболевания |
| Операции |  |
| Травмы |  |
| Аллергические реакции (на что, как проявляются) |  |
| Курение (если да, сколько сигарет в день) | Да | Нет |
| Употребление алкоголя (количество) | Да | Нет |
| Употребление наркотических веществ | Да | Нет |
| Регулярное употребление лекарственных средств(если да, то какие препараты, доза) | Да | Нет |