

**Приложение № 2.1**  
(к цифре I № 2.3., предложение 2)

**Анкета о состоянии здоровья - взрослые**

(Просим нужное отметить крестиком и передать врачу!)

Личные данные, идентификационный № центрального ведомства по делам иностранцев: Дата: .....

Пол:            мужской             женский             Национальность: ..... Беременность: ..... месяц  
Отдельное лицо (один)             Семейный союз

- 
- |   |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1.    Болеете ли Вы?  | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 2.    Принимаете ли Вы лекарства?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 3.    Имеет ли Вы прививки от болезней?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 4.    Была ли у Вас проведена кожная проба на туберкулёз?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 5.    Есть ли у Вас или перенесли ли Вы инфекционное заболевание?                                     | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Лёгочную чахотку (туберкулёз)?  | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Гепатит?  | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| ВИЧ?  | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Ветряную оспу?  | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Корь?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Краснуху?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Дифтерию?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Сифилис (люэс)?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Другие венерические болезни?  | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Тиф, паратиф?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Холеру?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 6.    Вам что-нибудь болит?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 7.    Повышена ли у Вас температура или повышалась ли у Вас температура в течение последних 6 недель? | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 8.    Есть ли у Вас сильный кашель?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 9.    Страдаете ли Вы от тошноты, рвоты?  | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 10.  Есть ли у Вас спазмы желудка или понос?  | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 11.  Наблюдается ли у Вас кровавый стул?  | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 12.  Есть ли у Вас боли при мочеиспускании?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 13.  Есть ли у Вас высыпания на коже?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |

.....  
Подпись

Замечания врача

.....  
Подпись врача

**Приложение № 2.2**  
(к цифру I № 2.3., предложение 2)

**Анкета о состоянии здоровья - дети**

(Просим нужное отметить крестиком и передать врачу!)

Личные данные, идентификационный № центрального ведомства по делам иностранцев: Дата: .....

Пол:            мужской             женский             Национальность: .....            Возраст: .....

- 
- |   |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Болеет ли Ваш ребёнок?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 2. Принимает ли Ваш ребёнок лекарства?                            | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 3. Имеет ли Ваш ребёнок прививки от болезней?                     | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 4. Была ли у Вашего ребёнка проведена кожная проба на туберкулёз? | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 5. Имеет ли или перенёс ли Ваш ребёнок инфекционное заболевание?  | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Лёгочную чахотку (туберкулёз)?                                    | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Гепатит?  | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Ветряную оспу?  | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Свинку?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Корь?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Краснуху?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| Дифтерию?   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 6. Вашему ребёнку что-нибудь болит?                               | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 7. Повышена ли у Вашего ребёнка температура?                      | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 8. Есть ли у Вашего ребёнка сильный кашель?                       | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 9. Страдает ли Ваш ребенок от тошноты, рвоты?                     | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 10. Есть ли у Вашего ребёнка спазмы желудка или понос?            | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |
| 11. Есть ли у Вашего ребёнка высыпания на коже?                   | Да <input type="checkbox"/> | Нет <input type="checkbox"/> |

.....  
Подпись

Замечания врача:

.....  
Подпись врача