

**Анкета пациента перед вакцинацией против новой
 коронавирусной инфекции (COVID-19)**

ФИО	
Дата рождения	
СНИЛС	
Медицинское страхование	
Тип полиса	
Серия	
Номер	
Страховая организация	
Контакты	
Телефон	
Паспортные данные	
Серия	Номер
Дата выдачи	
Кем выдан	
Адрес	
Населенный пункт	
Улица	
Дом	
Квартира	

Сведения о наличии или отсутствии хронических заболеваний

Наименование поля	ДА	НЕТ
Болел COVID-19	Дата выявления и выздоровления	
Контактировал с больными инфекционными заболеваниями в течение 2-х недель	Дата	
Аллергические реакции:		
Аллергические реакции (поле комментариев)		
Реакции на предыдущие вакцины:		
Реакции на предыдущие вакцины (поле комментариев)		
Вакцинация против гриппа		
Вакцинация против пневмококковой инфекции		
Группа риска		