

## МЕДИЦИНСКАЯ АНКЕТА

Да Нет

1. Вы страдаете эпилепсией?
2. Вы беременны или планируете забеременеть в ближайшее время?
3. Вы регулярно принимаете прописанные врачом медицинские препараты?
4. В настоящее время Вы находитесь под наблюдением врача?
5. Вы страдаете аллергией или у Вас бывают проблемы с дыханием, связанные с употреблением пищи, вдыханием пыльцы растений или общением с животными?
6. Вы страдаете заболеваниями, требующими регулярного приема успокаивающих или противоаллергических препаратов?
7. Вам часто приходится сокращать (или прекращать) физическую активность из-за сердцебиения, головокружения, одышки или боли в области сердца?
8. У Вас бывают (были) приступы головокружения, обмороки, потеря сознания (даже кратковременная), судороги?
9. Вы часто страдаете от головной боли?
10. У Вас диабет?
11. Вас легко «укачивает» в транспорте, Вы страдаете «морской болезнью»?
12. Вы страдаете приступами паники, боязнью открытого или закрытого пространства или другими фобиями?
13. Вам приходилось принимать психотропные препараты по предписанию врача?
14. Вы злоупотребляете алкоголем или наркотическими средствами, лечились от наркотической или алкогольной зависимости?
15. Вы часто страдаете от изжоги, испытываете позывы к рвоте?
16. Вы страдаете язвенной болезнью, переносили хирургическое вмешательство по этому поводу?
17. Вы используете зубные протезы?
18. Вы носите очки или контактные линзы?
19. Вы страдаете гемофилией, другими заболеваниями крови?
20. Вы перенесли заболевания или травмы, связанные с дайвингом?
21. У Вас бывали случаи острого или хронического воспаления уха (отита), придаточных пазух носа (гайморит, синусит) ?
22. У Вас имелось (имеется) повреждение барабанной перепонки?
23. У Вас имеются выделения из ушей?
24. Вы испытываете серьезный дискомфорт в ушах во время авиаперелетов или при подъеме в горы?
25. Вы перенесли хирургические операции на ушах?
26. Вы часто слышите («звон в ушах»)?
27. Вы испытываете частые приступы головокружения?
28. У Вас есть проблемы со слухом?
29. Вы страдаете (страдали ранее) бронхиальной астмой, приступами удушья или часто испытываете чувство «нехватки воздуха»?
30. Вы страдаете хроническим кашлем?
31. Вы перенесли одно или несколько из нижеперечисленных заболеваний легких: плеврит, пневмоторакс (коллапс легкого), воспаление легких, туберкулез ?
32. У Вас была киста легкого?
33. У Вас часто бывает бронхит?
34. У Вас была подкожная эмфизема?
35. У Вас была воздушная эмболия?
36. Вы страдаете от ревматизма?
37. У Вас находили шумы в сердце?
38. Вы страдаете от сердечной недостаточности (иногда испытываете боль или чувство стеснения в груди)?
39. Вы перенесли инфаркт миокарда?

