

Заболевания (отметьте все, что применимо)

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | Заболевания отсутствуют | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Нарушение свертываемости крови | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Заболевания сердца | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Гипертония (высокое кровяное давление) | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Инсульт | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Астма | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Диабет/инсулиновая зависимость | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Эпилепсия | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Риск обезвоживания | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Риск возникновения запоров | <input type="checkbox"/> | _____ |

Аллергии

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | Не известно о наличии аллергий | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ |

Дополнительная информация для работников экстренных служб:
