

УЛЬТРАБАНК

ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КАРТА ДОНОРА СПЕРМЫ

Анкета донора спермы

Код MP-AB-2001

✓ Дата заполнения «16» октябрь 2020 г.

Национальность Русский

Расовая принадлежность Европейская

Религия вероисповедания Православие (христианство)

ДЕТИ

Наличие детей есть нет

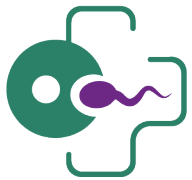
Кол-во _____ Пол _____ Возраст самого младшего _____

ПЕРСОНАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Можем ли мы связаться с Вами после достижения ребенком 18 лет? да нет

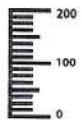
Можем ли мы раскрывать Вашу персональную информацию (имя, фото, голос, почерк и т.д.)? да нет

Если «Да», то при каких условиях: только для пациентов из других городов
 только персональные данные, без фото
 всю имеющуюся информацию
 другое _____



УЛЬТРАБАНК

ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ



Рост (см) 180



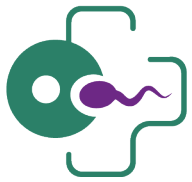
Вес (кг) 84,0

Лицо

Форма	 Круглое <input checked="" type="radio"/>	 Овальное <input type="radio"/>	 Квадратное <input type="radio"/>
Высота лба	 Низкий <input type="radio"/>	 Средний <input checked="" type="radio"/>	 Высокий <input type="radio"/>
Размер лба	 Узкий <input type="radio"/>	 Средний <input checked="" type="radio"/>	 Широкий <input type="radio"/>
Особенности	 Ямочки <input checked="" type="radio"/>	 Веснушки <input type="radio"/>	 Ямочка на подбородке <input type="radio"/>

Губы

Верхняя	 Тонкая <input type="radio"/>	 Средняя <input checked="" type="radio"/>	 Толстая <input type="radio"/>
Нижняя	 Тонкая <input type="radio"/>	 Средняя <input checked="" type="radio"/>	 Толстая <input type="radio"/>



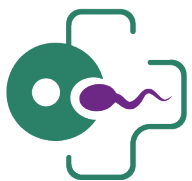
УЛЬТРАБАНК

Глаза

Цвет	<input type="radio"/> Голубые	<input type="radio"/> Серые	<input type="radio"/> Зеленые	<input checked="" type="radio"/> Карие	<input type="radio"/> Черные	<input type="radio"/> Ореховые
Разрез глаз	<input checked="" type="radio"/> Европейский	<input type="radio"/> Монголоидный	<input type="radio"/> Антимонголоидный	<input type="radio"/> Другое		
Размер	<input type="radio"/> Маленькие	<input checked="" type="radio"/> Средние	<input type="radio"/> Большие			
Межглазное расстояние	<input type="radio"/> Узкое	<input checked="" type="radio"/> Среднее	<input type="radio"/> Широкое			
Ресницы	<input type="radio"/> Короткие	<input checked="" type="radio"/> Средние	<input type="radio"/> Длинные			
Брови	<input type="radio"/> Узкие	<input checked="" type="radio"/> Средние	<input type="radio"/> Толстые			

Уши

Размер	<input type="radio"/> Маленькие	<input checked="" type="radio"/> Средние	<input type="radio"/> Большие
Мочка	<input type="radio"/> Прилегает	<input checked="" type="radio"/> Не прилегает	<input type="radio"/> Другое
Расстояние от головы	<input type="radio"/> Близко	<input checked="" type="radio"/> Посередине	<input type="radio"/> Далеко



УЛЬТРАБАНК

Нос

Форма



Узкий



Средний



Широкий



Профиль



Прямой



Курносый



С горбинкой



*после травмы
детства в
12 лет*

Ширина

Узкий



Средний



Широкий



Длина

Короткий



Средний



Длинный



Зубы

Размер



Маленькие



Средние



Большие



Внешний вид

Прямые



Искривленные



Другое _____

Подбородок

Форма



Квадратный

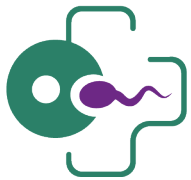


Круглый



Острый





УЛЬТРАБАНК

Волосы

Структура

Прямые

Волнистые

Кудрявые

Объем

Тонкие

Средние

Плотные

Цвет

Черные

Темно-каштановые

Каштановые

Русый

Рыжие

Темный блондин

Блондин

Седые

Седые волосы нет мало много полностью седой другое _____

В каком возрасте Вы начали седеть? _____

Телосложение худое плотное жилистое крупное другое нормостеник

Размер одежды 48-50 Размер обуви 42

Ваши отличительные черты

Вы правша левша владеете двумя руками

Есть ли у Вас веснушки да нет много мало

Характеристика кожи очень светлая светлая смуглая темная черная другое _____

Характеристика загара кожа не загорает

кожа слегка загорает

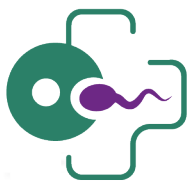
светлый цвет загара, но может переходить в умеренно темный

загар хорошо ложится, стойкий темный цвет загара

другое _____

Дополнительные сведения о себе, касающиеся фенотипических признаков _____

На кого из известных людей вы считаете себя похожим _____



УЛЬТРАБАНК

Вредные привычки

Курение да нет иногда _____

Употребление алкоголя употребляю эпизодически не употребляю

Если употребляете, то с какой частотой? 1-2 раза в 3-4 месяца

Употребление наркотических средств и/или психотропных веществ без назначения врача

только легкие никогда не употреблял эпизодически регулярно другое _____

Образование

Среднее образование школа лицей гимназия другое _____

✓ Название учреждения _____

Средний балл (нужное обведите) 2 3 **4** 5

Особые достижения _____

Среднее специальное образование техникум лицей колледж другое _____

Название учреждения _____

Специальность _____

Средний балл (нужное обведите) 2 3 4 5

Особые достижения _____

Дипломная работа на тему: _____

Высшее образование институт университет академия другое _____

Название учреждения Юридическая академия

Специальность юриспруденция

Средний балл (нужное обведите) 2 3 4 **5**

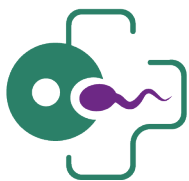
Особые достижения С отличием (красный диплом)

✓ Дипломная работа на тему: _____

Постдипломное образование аспирантура магистратура докторантура другое _____

Ученая степень _____

Основная область исследования _____



УЛЬТРАБАНК

Другая информация по образованию

- второе высшее образование _____
- курсы повышения квалификации _____
- художественная школа _____
- спортивная школа специализация - Конькобежный спорт
- другое _____

Профессиональная деятельность

Основное место работы (название организации, род деятельности) Юридическая организация

Занимаемая должность Ведущий юрист-консультант

Особые достижения _____

Вредные и/или опасные производственные факторы есть нет

Если есть, то какие: _____

Расскажите о своей профессиональной деятельности: (ваше первое место работы, последующие места работы, занимаемые должности и т.д.) по специальности - адвокат сразу, трудился на частное дело, для ряда клиентов в должности, во время обучения параллельно занимался по предметам, всегда переквалификацию.

ИНФОРМАЦИЯ О МАТЕРИ ДОНОРА

Код СМ-BS-0001 Дата заполнения «16 октября» 20 20 г.

Национальность Русская
 Раса принадлежность Европейская Религия вероисповедания Христианство (Православие)

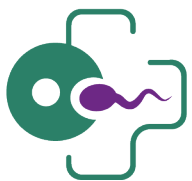
Укажите положительные и отрицательные черты характера Вашей матери:

Положительные Отвечает за себя, самостоятельность, честность
 Отрицательные Капризность, упрямство

Фенотипические признаки:

<p>Цвет глаз</p> <input type="checkbox"/> голубые <input type="checkbox"/> серые <input type="checkbox"/> зеленые <input checked="" type="checkbox"/> карие <input type="checkbox"/> черные <input type="checkbox"/> ореховые <input type="checkbox"/> другое _____	<p>Разрез глаз</p> <input checked="" type="checkbox"/> европейский <input type="checkbox"/> монголоидный <input type="checkbox"/> антимонголоидный <input type="checkbox"/> другое _____	<p>Цвет волос</p> <input type="checkbox"/> брюнет <input type="checkbox"/> блондин <input type="checkbox"/> шатен <input type="checkbox"/> рыжий <input checked="" type="checkbox"/> русский <input type="checkbox"/> другое _____	<p>Нос</p> <input type="checkbox"/> прямой <input checked="" type="checkbox"/> с горбинкой <input type="checkbox"/> курносый <input type="checkbox"/> широкий <input type="checkbox"/> другое _____	<p>Лицо</p> <input checked="" type="checkbox"/> круглое <input type="checkbox"/> овальное <input type="checkbox"/> узкое <input type="checkbox"/> широкое <input type="checkbox"/> квадратное <input type="checkbox"/> другое _____	<p>Лоб</p> <input type="checkbox"/> высокий <input type="checkbox"/> низкий <input checked="" type="checkbox"/> средний <input type="checkbox"/> другое _____
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Тип волос</p> <input checked="" type="checkbox"/> прямые <input type="checkbox"/> вьющиеся <input type="checkbox"/> кудрявые <input type="checkbox"/> другое _____	<p>Структура волос</p> <input type="checkbox"/> тонкие <input checked="" type="checkbox"/> толстые <input type="checkbox"/> средние <input type="checkbox"/> другое _____	<p>Телосложение</p> <input type="checkbox"/> худое <input checked="" type="checkbox"/> плотное <input type="checkbox"/> жилистое <input type="checkbox"/> крупное <input type="checkbox"/> другое _____	<p>Характеристика кожи</p> <input type="checkbox"/> очень светлая <input checked="" type="checkbox"/> светлая <input type="checkbox"/> смуглая <input type="checkbox"/> темная <input type="checkbox"/> черная <input type="checkbox"/> другое _____
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



УЛЬТРАБАНК



ИНФОРМАЦИЯ О МАТЕРИ ДОНОРА

Имя: Шкода
Фамилия: Михайлик
Полное образование: техническое
Звание: _____
Образование (ученые степени, звания): _____

Профессиональная деятельность:
Сфера работы: машиностроение Занимаемая должность: руководитель цеха

Здоровье Вашей матери на данный момент
 хорошее удовлетворительное плохое возраст смерти _____
В (II) Резус фактор Rh (отр)

История о здоровье отца, которую Вы считаете необходимой нам сообщить (вредные привычки, хронические заболевания и др.):
привычка - курить

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТЦЕ ДОНОРА

Код СМР-BS-2001 Дата заполнения «16» Мая 20 г.

Национальность Татары
 Расава принадлежность Европейская Религия вероисповедания Ислам

Укажите положительные и отрицательные черты характера Вашего отца:

Положительные Вежлив, храбрость, смелость
 Отрицательные Ленив, упрямство

Фенотипические признаки:

<input type="checkbox"/> Цвет глаз голубые <input type="checkbox"/> серые <input checked="" type="checkbox"/> зеленые <input type="checkbox"/> карие <input type="checkbox"/> черные <input type="checkbox"/> ореховые <input type="checkbox"/> другое	<input checked="" type="checkbox"/> Разрез глаз европейский <input type="checkbox"/> монголоидный <input type="checkbox"/> антимонголоидный <input type="checkbox"/> другое	<input type="checkbox"/> Цвет волос брюнет <input type="checkbox"/> блондин <input checked="" type="checkbox"/> шатен <input type="checkbox"/> рыжий <input type="checkbox"/> русый <input type="checkbox"/> другое	<input checked="" type="checkbox"/> Нос прямой <input type="checkbox"/> с горбинкой <input type="checkbox"/> курносый <input type="checkbox"/> широкий <input type="checkbox"/> другое	<input checked="" type="checkbox"/> Лицо круглое <input checked="" type="checkbox"/> овальное <input type="checkbox"/> узкое <input type="checkbox"/> широкое <input type="checkbox"/> квадратное <input type="checkbox"/> другое	<input checked="" type="checkbox"/> Лоб высокий <input type="checkbox"/> низкий <input type="checkbox"/> средний <input type="checkbox"/> другое
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<input checked="" type="checkbox"/> Тип волос прямые <input type="checkbox"/> вьющиеся <input type="checkbox"/> кудрявые <input type="checkbox"/> другое	<input type="checkbox"/> Структура волос тонкие <input type="checkbox"/> толстые <input checked="" type="checkbox"/> средние <input type="checkbox"/> другое	<input type="checkbox"/> Телосложение худое <input checked="" type="checkbox"/> плотное <input type="checkbox"/> жилистое <input type="checkbox"/> крупное <input type="checkbox"/> другое	<input type="checkbox"/> Характеристика кожи очень светлая <input type="checkbox"/> светлая <input checked="" type="checkbox"/> смуглая <input type="checkbox"/> темная <input type="checkbox"/> черная <input type="checkbox"/> другое
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТЦЕ ДОНОРА

Образование:

Среднее образование Школа

Средне-специальное образование Колледж

Высшее образование _____

Постдипломное образование (ученые степень, звание) _____

Профессиональная деятельность:

Основное место работы _____

Занимаемая должность _____

Здоровье:

Самочувствие Вашего отца на данный момент

отличное

хорошее

удовлетворительное

плохое

возраст смерти 27

Умер в возрасте 27 лет, геморрагический инсульт.

Группа крови A (II)

Резус фактор Rh (+)

Другая информация о здоровье отца, которую Вы считаете необходимой нам сообщить (вредные привычки, хронические заболевания и др.) _____

СВЕДЕНИЯ О ДЕТЯХ ДОНОРА

Код СМР-ВР-2001  Дата заполнения «26» Июня 2001 г.

Имеете ли Вы детей? да нет Если «Да», то сколько мужского пола _____ женского пола _____

1. Для каждого ребенка (в том числе внебрачных) укажите имя/пол и опишите здоровье (если есть проблемы – расскажите о них).

Имя ребенка	Пол	Возраст	Состояние здоровья	Специфические проблемы со здоровьем

2. Для каждого ребенка укажите фенотипические особенности:

Имя ребенка	Пол	Возраст	Цвет глаз	Разрез глаз	Цвет волос	Нос	Лицо	Тип волос	Структура волос
			голубые серые зеленые карие черные ореховые другое	европейский монголоидный антимонголоид- ный другое	бронет блондин шатен рыжий русый другое	прямой с горбинкой курносый широкий другое	круглое овальное узкое широкое квадратное другое	прямые вьющиеся кудрявые другое	тонкие толстые средние другое

СВЕДЕНИЯ О ДЕТЯХ ДОНОРА

3. Укажите положительные и отрицательные черты характера для каждого из Ваших детей.

Имя ребенка	Пол	Возраст	Положительные черты характера	Отрицательные черты характера

4. В Вашей семье когда-либо были трудности с достижением беременности да нет

Если «Да», то укажите причины _____

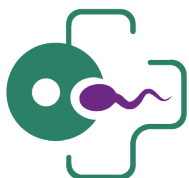
5. Есть ли двойни или тройни в Вашем роду? да нет

Если «Да», то опишите у кого, когда и какого пола родились дети _____

6. Есть ли аллергия у Ваших детей? да нет

Если «Да», укажите конкретные вещества и вызываемые реакции _____

7. Другая информация о здоровье, которую Вы считаете необходимой нам сообщить _____



УЛЬТРАБАНК

ПЕРСОНАЛЬНОЕ ЭССЕ ДОНОРА СПЕРМЫ



5. Какие жизненные принципы и черты Вы бы в первую очередь хотели видеть в Вашем ребенке?

Целеустремленность, упорство, уверенность в себе и в своих поступках.

6. Опишите Ваш самый экстремальный поступок в жизни, который Вы когда-либо совершали?

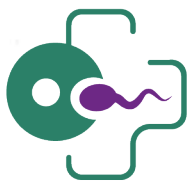
В детстве (12-13 лет) я бросил кружки и пошел на проезжую часть из-за которой произошла ДТП, к счастью никто не пострадал.

7. Почему Вы хотите стать донором?

Возможность узнать о состоянии своего здоровья, а также помочь людям, желающим иметь детей, но имеющим возможности этого достичь естественным путем.

8. Напишите несколько пожеланий людям, которые в будущем выберут Вашу сперму в качестве донорской?

Воспитывайте в первую очередь себя, а не детей, покажите все действия, которые я хочу видеть из семьи, также хочу показать детям мои успехи и достижения. Умейте себя и делайте своих переживающих и знающих.



УЛЬТРАБАНК

ПЕРСОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДОНОРА СПЕРМЫ

Код СМР-AS-2001

✓ Дата заполнения «26» 10 2020 г.

1. Кто Вы по знаку зодиака Водолей
2. Ваша любимая книга / автор "Отцы и дети" / Тургенев
3. Читаете ли вы журналы? Какой журнал предпочитаете Да, юридический
4. Какая музыка Вам нравится (жанр, исполнители)? металл
5. Вы любите готовить? Ваше любимое блюдо да, картофельное пюре с жареной курицей
6. Ваш любимый напиток Яблочный сок
7. Ваш любимый цвет Синий
8. Любите ли Вы животных? Ваше любимое животное да, кот
9. Есть ли у Вас домашние животные? Как их зовут да есть, кот Кузя
10. Ваш любимый актер (актриса)? Леонардо Ди Каприо
11. Ваш любимый фильм? Бриллиантовая рука
12. Любимый мультфильм детства? Трое из Простоквашино
13. Какую радиостанцию Вы обычно слушаете? Радио Яна
14. Любимые имена (мужское и женское) Александр и Екатерина
15. Ваше счастливое число 7
16. Расскажите о Ваших любимых праздниках (как и где Вы их проводите) Новый год, который я всегда провожу в кругу семьи
17. Ваши привычки выпивать 2-3 литра воды в день, ежедневные утренние новости.
18. Что Вы никогда не простите Насильство, предательство и ложь
19. У Вас есть какие-либо страхи? Расскажи про них страх собственной смерти, страх не реализовать себя
20. Расскажите о Вашем хобби, интересах и талантах Мое хобби - юридическая литература, написание статей и их публикации, любительский спорт, интересы - строительство и ремонт, экономика.



УЛЬТРАБАНК

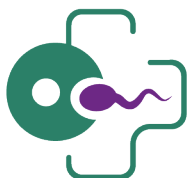
ПЕРСОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДОНОРА СПЕРМЫ

21. Вы любите спорт? Расскажите о Вашем любимом виде спорта. Каким видом спорта вы занимаетесь/занимались?

Да, люблю, 10 лет занимаюсь профессионально конькобежным спортом, имею разряд КМС.

22. Знаете ли Вы иностранные языки? На каких языках Вы можете разговаривать

Иностранными языками не владею.



УЛЬТРАБАНК

ИСТОРИЯ ЗДОРОВЬЯ ДОНОРА И РОДСТВЕННИКОВ ДОНОРА

Код СМР-93-2001

Дата заполнения «26» октября 2020 г.

Группа крови ABO(IV) Резус фактор отр.

1. Относятся ли Вы к группе лиц с нетрадиционной сексуальной ориентацией (гомо-/бисексуализм)?

да нет другое _____

2. Вам когда-либо было отказано в донорстве крови? да нет

Если «Да» укажите причину _____

3. В настоящее время у Вас есть на что-нибудь аллергия? да нет

Если «Да», то на что? еда растения животные лекарства другое _____

Укажите список конкретных веществ (лекарств), вызывающих у Вас аллергические реакции.

Вещества	Вызываемая реакция

4. Какое у Вас зрение? отличное хорошее среднее плохое

Носите ли Вы линзы очки

Характерные особенности. Вы близорукий дальнозоркий другое _____

Ваше зрение: минус _____ (число), плюс _____ (число)

5. Есть ли у Вас проблемы со слухом? да нет

Если «Да», опишите _____

6. Состояние Ваших зубов отличное хорошее среднее плохое другое _____

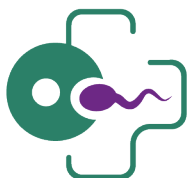
Как часто Вы обращаетесь к стоматологу? 1 раз в полгода

7. Есть ли у Вас ограничения в употреблении пищи? да нет другое _____

Если «Да», укажите Ваши ограничения (диеты) _____

Принимаете ли Вы витамины или пищевые добавки? да нет другое _____

Если «Да», что именно вы принимаете, как часто? Супрадин (всё время и осенью)



УЛЬТРАБАНК

ИСТОРИЯ ЗДОРОВЬЯ ДОНОРА И РОДСТВЕННИКОВ ДОНОРА

8. Как часто Вы делаете физические упражнения, занимаетесь спортом?

регулярно иногда редко никогда другое _____

Какой тип упражнений Вы выполняете аэробные кардио силовые другое _____

Вид спорта? Кольцовый спорт, тренажерный зал

9. Были ли у Вас хирургические вмешательства? да нет

Если «Да», укажите, какие именно, в связи с чем, в каком году, последствия _____

Вид хирургического вмешательства	Год	Последствия

10. У Вас есть братья или сестры, которые умерли в младенчестве или в детстве? да нет

Если «Да», то какова была причина? _____

11. Существуют ли какие-либо заболевания или аномалии, которые появились у кого-либо из Ваших родственников в результате профессиональной деятельности? да нет

Если «Да», то опишите заболевание, укажите, кто именно из членов семьи пострадал и при каких обстоятельствах _____

12. Кто-нибудь в вашей семье, включая Вас, испытывал повторяющиеся и/или хронические симптомы, которые не были диагностированы врачом? да нет

(Пожалуйста, укажите даже те симптомы, которые, вы считаете не столь серьезными).

Если «Да», опишите их _____

13. Другая информация о здоровье, которую Вы считаете необходимой нам сообщить _____



МЕДИЦИНСКАЯ ИСТОРИЯ СЕМЬИ ДОНОРА

Код СМД-98-2001 Дата заполнения «26» октября 20 г.

Родные	Мать		Отец		Братья		Сестры		Бабушки		Дедушки		Тети		Дяди		Двоюродные братья		Двоюродные сестры	
	Никто	Вы	Мать	Отец	Братья	Сестры	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца
Пожалуйста, укажите количество всех родных (биологических) членов вашей семьи (в том числе умерших родственников). Включая сводных братьев и сестер, с которыми Вы имеете одного общего родителя.		1		1		1			1	1								1		

от другого отца

Пожалуйста, укажите, какие из следующих проблем (заболеваний), были обнаружены у Вас или у членов вашей семьи. Поставьте галочки в соответствующих ячейках. Если ни вы, ни члены вашей семьи, не болели данными заболеваниями, укажите в списке, пожалуйста, поставьте галочку в столбце «НИКТО».

Заболевания	Никто	Вы	Мать	Отец	Братья	Сестры	Бабушки		Дедушки		Тети		Дяди		Двоюродные братья		Двоюродные сестры		Комментарии	
							по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца		
1. Сердечно-сосудистая система																				
Врожденный порок сердца	—																			
Нарушение кровообращения	—																			
Высокое кровяное давление	—																			
Венозный тромбоз	—																			
Инфаркт	—																			
Инсульт	—																			
Аритмия	—																			
Стенокардия	—																			
Атеросклероз	—																			
Застойная сердечная недостаточность	—																			
Кардиомиопатия	—																			
Аневризма	—																			
Прочее	—																			

умер отец от инсульта

Заболевания	Никто	Вы	Мать	Отец	Братья	Сестры	Бабушки		Дедушки		Тети		Дяди		Двоюродные братья		Двоюродные сестры		Комментарии	
							по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца		
2. Кровеносная система																				
Гемофилия	—																			
Лейкемия, лейкоз	—																			
Иммунодефицит	—																			
Анемия	—																			
Серповидно-клеточная анемия	—																			
Анемия Фанкони	—																			
Талассемия	—																			
Гемохроматоз	—																			
Прочее _____																				
3. Респираторная система																				
Врожденные дефекты дыхательной системы																				
Астма	—																			
Муковисцидоз	—																			
Рак легких	—																			
Хроническая обструктивная болезнь легких	—																			
Эмфизема легких	—																			
Сенная лихорадка	—																			
Прочее _____																				
4. Кожа																				
Акне	—																			
Экзема	—																			
Нарушения пигментации	—																			
Псориаз	—																			
Меланома	—																			
Другие опухоли кожи	—																			
Прочее _____																				

Заболевания	Никто	Вы	Мать	Отец	Братья	Сестры	Бабушки		Дедушки		Тети		Дяди		Двоюродные братья		Двоюродные сестры		Комментарии	
							по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца		по линии матери
5. Желудочно-кишечный тракт																				
Врожденные дефекты желудочно-кишечного тракта																				
Цирроз печени		—																		
Рак печени		—																		
Камни в желчном пузыре		—																		
Грыжа		—																		
Рак толстой кишки		—																		
Рак поджелудочной железы		—																		
Рак желудка		—																		
Язвенный колит		—																		
Синдром раздраженного кишечника		—																		
Панкреатит		—																		
Целиакия		—																		
Болезнь Крона		—																		
Прочее		—																		
6. Почки																				
Врожденные дефекты мочеполовой системы																				
Камни в почках		—																		
Рак мочевыводящих путей		—																		
Поликистоз почек		—																		
Прочее		—																		

Заболевания	Никто	Вы	Мать	Отец	Братья	Сестры	Бабушки		Дедушки		Тети		Дяди		Двоюродные братья		Двоюродные сестры		Комментарии	
							по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца		
7. Половая / репродуктивная система																				
Врожденные дефекты половой/репродуктивной системы																				
Бесплодие		—																		
Рак груди		—																		
Рак шейки матки		—																		
Рак матки		—																		
Рак яичников		—																		
Рак простаты		—																		
Рак яичек		—																		
Гипоспадия		—																		
Крипторхизм		—																		
Прочее		—																		
8. Эндокринная система / обмен веществ																				
Врожденные дефекты эндокринной системы																				
Сахарный диабет		—																		
Нарушение обмена веществ		—																		
Заболевания паразитовидных желез		—																		
Заболевания гипофиза		—																		
Заболевания надпочечников		—																		
Рак щитовидной железы		—																		
Болезнь Гоше		—																		
Прочее		—																		



УЛЬТРАБАНК

Заболевания	Никто	Вы	Мать	Отец	Братья	Сестры	Бабушки		Дедушки		Тети		Дяди		Двоюродные братья		Двоюродные сестры		Комментарии	
							по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца		по линии матери
9. Нервная система																				
Врожденные заболевания головного или спинного мозга	—																			
Рак головного или спинного мозга	—																			
Заболевания спинного мозга (анэнцефалия, расщепление позвоночника)	—																			
Эпилепсия	—																			
Мигрень	—																			
Умственная отсталость	—																			
Церебральный паралич	—																			
Аутизм	—																			
Задержка развития	—																			
Семейные анемии	—																			
Нарушение подвижности	—																			
Нарушение обучения	—																			
Рассеянный склероз	—																			
Задержка развития речи	—																			
Нейрофиброматоз	—																			
Гидроцефалия	—																			
Старческое слабоумие	—																			
До 50 лет	—																			
Болезнь Канавана	—																			
Болезнь Гентингтона	—																			
Болезнь Альцгеймера	—																			
Болезнь Нимана-Пика	—																			
Болезнь Паркинсона	—																			
Синдром дефицита внимания	—																			
Синдром Туретта	—																			
Прочее	—																			

Заболевания	Никто	Вы	Мать	Отец	Братья	Сестры	Бабушки		Дедушки		Тети		Дяди		Двоюродные братья		Двоюродные сестры		Комментарии	
							по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца		
10. Психические расстройства																				
Хроническая депрессия	—																			
ПРИСТУПЫ ПАНИКИ ИЛИ ЯРОСТИ	—																			
Шизофрения	—																			
Биполярное расстройство личности	—																			
Маниакально-депрессивный синдром	—																			
Прочее _____																				
11. Опорно-двигательный аппарат																				
Врожденные дефекты опорно-двигательного аппарата																				
Артрит	—																			
Косолапость	—																			
Деформация позвоночника	—																			
Карликовость	—																			
Подагра	—																			
Задержка роста	—																			
Мышечная дистрофия	—																			
Другие хронические мышечные заболевания	—																			
Заячья губа или волчья пасть	—																			
Остеопороз	—																			
Прочее _____																				

Заболевания	Никто	Вы	Мать	Отец	Братья	Сестры	Бабушки		Дедушки		Тети		Дяди		Двоюродные братья		Двоюродные сестры		Комментарии	
							по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца	по линии матери	по линии отца		
12. Органы чувств																				
Врожденные заболевания органов чувств	—																			
Значительная потеря слуха	—																			
Слепота	—																			
Нарушение светового зрения	—																			
Глаукома	—																			
Глухота до 60 лет	—																			
Катаракта до 50 лет	—																			
Деформация ушной раковины	—																			
Искривление носовой перегородки																				
Другие заболевания органов чувств																				Вялая
13. Прочее																				
Алкоголизм	—																			
Наркотическая зависимость	—																			
Системная красная волчанка	—																			
Прочие аутоиммунные заболевания	—																			
Лекарственные аллергии	—																			
Поллинозы	—																			
Прочие аллергии	—																			
Не раковые новообразования или опухоли	—																			
Рак не указанный выше	—																			
Врожденный дефект не указанный выше	—																			
Генетические заболевания не указанные выше	—																			
Другие состояния не указанные выше	—																			

Есть ли в вашей семье, в том числе у Вас, повторяющиеся и/или хронические симптомы, которые не были диагностированы врачом? Да Нет

Если да, пожалуйста, опишите симптомы: