**Фамилия \***


**Имя \***


**Отчество \***


**Дата рождения \***


**Место рождения \***


Внимание! Ваш возраст на момент заполнения анкеты не должен превышать 35 лет!

**Контактный телефон \***

**Электронная почта \***

**Ссылка на профиль в соц. сети**

**Гражданство \***


**Страна проживания \***


**Адрес проживания \***


**Рост (см) \***

**Вес (кг) \***

**Группа крови и резус \***
 

**Цвет волос \***


**Цвет глаз \***


**Семейное положение \***


**Количество официальных браков**

**Количество собственных детей \***

**Жилищные условия на время беременности \***


**Жилплощадь (кв.м.)\***


**Количество жильцов (чел.) \***

**Уровень образования \***


**Специальность**


**Общий трудовой стаж \***


**Текущее место работы**


**Текущая должность \***


**Дата последних родов \***


**Место проведения родов \***


**Путь и срок родоразрешения \***
 

**Дата последнего аборта**


**Причина прерывания беременности**


**Срок прерывания беременности**


**Общее количество кесаревых \***

**Общее количество абортов \***

**Общее количество выкидышей \***

**Дата последнего приема у гинеколога \***


**Причина приема \***


**Результат приема**


**Дата последней менструации \***


**Регулярность менструаций \***


**Длина цикла (среднее кол-во дней)**

**Используемые противозачаточные средства \***
не используюиспользую, укажите:
презервативытаблеткивнутриматочная спиральдругое

**Перенесенные ИППП \***
не болелаболела, укажите:
сифилисгонореяхламидиозуреаплазмозтоксоплазмозгепатитгарднереллезцитомегаловирус

**Дата последней перенесенной ИППП**


**Наследственные заболевания \***
нетда, укажите:


**Хронические заболевания \***
нетда, укажите:


**Перенесенные операции \***
нетда, укажите:


**Алкоголь \***


**Курение \***


**Наркотики \***


**Обращались ли вы ранее за помощью к психологу? \***
данетне помню

**Как вы узнали о суррогатном материнстве? \***


**Как вы узнали о нашей компании? \***


**Почему вы решили принять участие в программе суррогатного материнства? \***


**Для каких категорий биологических родителей вы готовы выносить и родить ребенка? \***
Пара М+ЖПара Ж+ЖПара М+МОдинокая матьОдинокий отец

**Готовы ли вы на переезд в другой город на время проведения программы? \***
данет

**Готовы ли вы на выезд в другую страну для проведения родов? \***
данет

**Участвовали ли вы в программе суррогатного материнства ранее? \***
данет

**Если да, то укажите название клиники репродукции и фамилию врача**


**Результат программы**


**Место проведения родов по программе**


**Дата родов по программе**


**Есть ли у вас рекомендации?**
данет

Прикрепите к анкете минимум одну собственную фотографию. Разрешенные форматы файла: JPG, JPEG, PNG. Максимальный размер файла: 4 МБ

**Фотография 1 \***

**Фотография 2**

**Фотография 3**