**Анкета донора спермы**

Уважаемые мужчины!
Если вы готовы стать донором генетического материала, просим заполнить анкету.

1 / 1

Поля, отмеченные звёздочкой (\*), обязательны для заполнения!

Начало формы

Проверьте, пожалуйста, правильность заполнения всех полей!

**Фамилия \***





**Имя \***





**Отчество \***





**Город проживания \***





**Дата рождения \***





**Телефон \***



**Группа крови и резус фактор \***

1

2

3

4

+ положительная

- отрицательная

**Расовая принадлежность  \***



**Образование \***

Высшее

Неоконченное высшее

Средне-специальное

Среднее



**Профессия \***



**Семейное положение  \***

Не женат

Женат

Разведен

**Наличие детей  \***

Да

Нет



**Возраст последнего ребенка, полных лет \***





**Ваш рост, см \***





**Ваш вес, кг \***





**Волосы (натуральный цвет) \***





**Структура волоса \***

Прямые

Волнистые

Кудрявые



**Глаза \***

Большие

Средние

Маленькие   

**Разрез глаз \***

Европейский

Азиатский

**Цвет глаз \***

голубые

зеленые

серые

коричневые

Черные

**Форма лица \***

Кругое

Овальное

Вытянутое

Квадратное

**Нос \***

Большой

Средний

Маленький

**Форма носа  \***

Прямой

С горбинкой

Курносый

Широкий

**Лоб \***

Высокий

Низкий

Обычный

**Наличие стигм  \***

Это наличие отличительных особенностей, выделяющих Вас от других людей, например, большое родимое пятно, необычная форма черепа, наличие 6 пальца и т.п.



**Телосложение \***

Нормостеник

Астеник

Гиперстеник

**Размер одежды  \***



**Размер обуви \***



**Страдаете ли Вы аллергическими реакциями \***

Да

Нет



**то укажите на что, и в чем аллергия проявляется \***





**Вы курите? \***

Да

Нет



**Если курите, то сколько?  \***





**Вы злоупотребляете алкоголем?  \***

Да

Нет



**Есть ли у Вас профессиональные вредности? \***





**У вас когда либо обнаруживали: \***

Гепатит В

Гепатит С

Туберкулез

ВИЧ-инфекцию (СПИД)

Сифилис

Ничем не болел



**Вам переливали чужую кровь? \***

Да

Нет



**В каком году? \***





**У Вас есть варикозно расширенные вены (варикоз)? \***

Да

Нет



**Вы страдаете сахарным диабетом?  \***

Да

Нет



**Вы страдаете повышенным артериальным давлением? \***

Да

Нет



**Вы страдаете головными болями?  \***

Да

Нет



**У вас были инсульты, инфаркты, тромбозы?  \***

Да

Нет



**Вы страдали онкологическими заболеваниями?  \***

Да

Нет



**У вас есть ближайшие родственники которые болели онкологическими заболеваниями (РАК)  \***

Да

Нет



**укажите родство и локализацию заболевания \***





**В вашей семье случались инсульты, инфаркты, тромбозы, тромбоэмболии до 50 лет, внезапная сердечная смерть?  \***

Да

Нет