

# Регистрационная анкета (первичная)

## I. Пациент

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_ Пол: \_\_\_\_\_

2. Дата рождения: \_\_\_\_\_ Рост (см) \_\_\_\_\_ Вес (кг) \_\_\_\_\_

3. Адрес: \_\_\_\_\_

4. Телефон: \_\_\_\_\_ Факс: \_\_\_\_\_

Мобильный: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

5. Диагноз (основные и сопутствующие заболевания по степени важности):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. История заболевания (включая проводимое обследование до настоящего времени):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Причина обращения: (получение качественной медицинской помощи за рубежом, сомнение в диагнозе, недостаточный объем проведенного обследования и лечения, недостаточная эффективность проведенного лечения, другие причины)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Желаемые сроки проведения обследования:

\_\_\_\_\_

9. Наличие загранпаспорта: Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ Оформляется \_\_\_\_\_

10. Сопровождающие лица: Да \_\_\_\_\_ (количество \_\_\_\_\_) Нет \_\_\_\_\_

11. Дата: \_\_\_\_\_ Подпись пациента: \_\_\_\_\_

Распечатайте регистрационную анкету. Заполненную анкету вместе с выписным эпикризом истории заболевания и результатами анализов, МРТ, КТ направьте в компанию Э.Л.А.Н.А. ( г. Харьков) любым удобным способом.