Анкета пациента

В целях определения необходимости, степени срочности и расчетной стоимости оказываемых лечебных процедур, нам **всегда** нужна следующая информация (прислать по адресу info@hyksin.com):

Имя, фамилия:

Дата рождения:

Пол:

Email:

Телефон:

Язык: [ ]  Русский [ ]  English [ ]  Swedish [ ]  Finnish [ ]  Другой

Диагноз настоящего заболевания: [ ]  Неизвестен [ ]  Уточнить

Мероприятие запланировано: [ ]  Неизвестно [ ]  Уточнить

Степень срочности, в течение: [ ]  нескольких дней [ ]  нескольких недель [ ]  Позднее

Другие/ предшествующие заболевания: [ ]  Нет [ ]  Уточнить

Общее состояние:

Постоянный прием медикаментов: [ ]  Нет [ ]  Уточнить

Аллергии: [ ]  Нет [ ]  Уточнить

Предыдущие операции: [ ]  Нет [ ]  Уточнить

Проблемы с анестезией: [ ]  Нет [ ]  Уточнить

Курение: [ ]  Нет [ ]  Да,    сигарет в день

Рост:       см

Вес:       кг

Стационарное лечение в течение последних 12 месяцев: [ ]  Нет [ ]  Да

Лечебное учреждение, поставившее диагноз: Написать название учреждения

Номер телефона лечебного учреждения: Написать номер телефона

Имя, фамилия лечащего врача: Написать имя/фамилию врача

Адрес электронной почты лечащего врача: Написать email врача

HYKSin может обратиться в лечебное учреждение за дополнительной информацией: [ ]  Да [ ]  Нет

Дополнительная помощь: [ ]  Виза [ ]  Поездка [ ]  Другое: