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](mailto: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: