

РЕГИСТРАЦИОННАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА

I. Пациент

1. **Ф.И.О.** _____

2. **Дата рождения:** _____ **Рост (см)** _____ **Вес (кг)** _____

3. **Должность, организация:** _____

4. **Адрес:** _____

5. **Телефон:** _____ **Факс:** _____
(с кодом страны и города) **E-mail:** _____ @ _____

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

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

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

9. **Страна проведения обследования и сроки:** _____

10. **Сопровождающее лицо:** Да Нет

12. **Дополнительные пожелания:** _____

II. Контактное лицо или лечащий врач:

13. **Ф.И.О.** _____

14. **Должность, организация:** _____

15. **Адрес:** _____

16. **Телефон:** _____ **Факс:** _____
(с кодом страны и города) **E-mail:** _____ @ _____

17. **Дата:** _____ **Подпись:** _____

Примечание: Распечатайте регистрационную карту. Заполненная карта вместе с выписным эпикризом истории заболевания направляется по факсу в выбранную Вами страну проведения обследования и лечения:

США 8 10 1 310 943 18 00
 Германия 8 10 49 69 255 777 55

Швейцария 8 10 41 1 274 274 1
 Франция 8 10 33 1 53 01 66 00

**ОТВЕТ С ПРЕДЛОЖЕНИЕМ ПО ОБСЛЕДОВАНИЮ И ЛЕЧЕНИЮ
БУДЕТ НАПРАВЛЕН ВАМ В ТЕЧЕНИЕ 24-72 ЧАСОВ**