

Запрос на оказание медицинских услуг в ДеВита

Заполните по возможности как можно больше граф и пошлите нам по почте, факсу или электронной почте. Мы с Вами незамедлительно свяжемся.

Информация о пациенте

Фамилия: _____ Имя: _____

Улица: _____ Почтовый индекс: _____

Страна: _____ Город: _____

Дата рождения: _____ Пол: _____

Национальность: _____ Родной язык: _____

Владение иностранными языками: _____

Контактная информация

Номер телефона: _____ Мобильный телефон: _____

Номер факса: _____ Электронная почта: _____

Если Вы заполняете анкету для другого лица, пожалуйста, укажите Ваше имя и в каких отношениях Вы состоите с пациентом: _____

Имя родителя или опекуна, если пациенту меньше 18 лет: _____

Наиболее удобное время для контакта: _____

Наиболее удобный способ для контакта: _____

Желаемые медицинские услуги

Пожалуйста, дайте краткое описание своего состояния и цели лечения: _____

Если есть в наличии, пожалуйста, приложите также историю болезни или отчеты о госпитализации, относящиеся к данному запросу.