

Please fill the registration form.

PATIENT APPLICATION FORM FOR TREATMENT

Пожалуйста, заполните анкету.

Заявка на лечение и медицинский эпикриз пациента

Date (Дата) ___/___/___

NAME (Ф.И.О) _____

D.O.B (Дата Рождения) _____

Home address (Адрес):

Street (Улица) _____

Town (Город) _____

Country (Страна) _____

Passport Number (Номер загранпаспорта): _____ N _____

Medical History (История заболевания):

Diagnosis (Диагноз):

Complains (Жалобы):

Medical History (История болезни):

Medication treatment (Принимаемые лекарства):

Hospitalization (Госпитализация):

Laboratory test (Лабораторные анализы):

Diagnostic tests (Диагностические исследования):

CT _____

US _____

MRI _____

Recommendations (Рекомендация):

Question (Вопросы):

Approximate dates of arrival (Приблизительная дата пребывания):

Contacts (Контактные данные):

Home tel. (Тел.дом): (____) _____

Work (Тел. Раб.): (____) _____

Mobile (Тел.моб): (____) _____

Fax (Факс): (____) _____

Email (Электронная почта): _____@_____

Queries (подпись):

* Данную форму просим Вас прислать по факсу: (972)48257320 или по электронной почте:

info@rtmcmedical.com