ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ БОТУЛИНОТЕРАПИИ и АКТУАЛЬНОЙ НЕВРОЛОГИИ

ЦИБиАН

Уважаемый пациент!
Заполните, пожалуйста, анкету первичного пациента

Пациент: _____
фамилия, имя, отчество число, месяц, год рождения

Адрес регистрации _____
индекс область (район) город улица дом корп. кв.

_____

Телефон: _____ _____ _____
мобильный домашний электронная почта

Сведения о выбранных мною доверенных лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 3 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. No 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” может быть передана информация о состоянии моего здоровья (заключение врача, справки по месту требования)

Ф.И.О. доверенного лица, контактный телефон:_____

_____

Пожалуйста, внимательно ознакомьтесь с вопросами и ответьте на них полностью,

1. Отмечались ли у Вас ранее или имеются в настоящее время заболевания: ☐ нет ☐ да
2. Травмы, операции: ☐ нет ☐ да
3. Аллергии: ☐ нет ☐ да (если да, расшифровать) _____
4. Гепатит («В», «С»): ☐ нет ☐ да
5. Курите ли Вы? ☐ нет ☐ да
6. Семейное положение: _____
7. Образование:_____
8. Место работы , должность : _____
9. Инвалидность (первичная, повторная, группа, дата) _____
10. Группа крови / Rh-фактор: _____

Пожалуйста, сразу же сообщайте нам об изменениях вышеуказанной информации.
Данная Вами информация остается строго конфиденциальной.

Подтверждаю правильность данной информации /_____/ / _____/
Подпись Дата