Анкета пациента

Фамилия _____ Пол М / Ж
Имя, Отчество _____
Дата рождения _____
День Месяц Год

Контактный телефон _____
Если Вы хотите получать предложения об акциях и скидках, укажите свой e-mail
_____
Если Вы хотите получать результаты оказания медицинских услуг по электронной почте, укажите свой e-mail
_____
Есть ли у Вас пенсионное удостоверение / инвалидность? Да / Нет
Домашний адрес _____
Место работы _____
Должность _____
Разрешаю получать сведения о состоянии моего здоровья, результаты обследований, заключения специалистов и выписки следующему лицу:

_____
ФИО, телефон , почта

Как Вы узнали о Клинике?

Врач (ФИО) ☐ _____

Друзья и знакомые ☐

Страховая компания, партнеры ☐ _____

Интернет ☐

Иное (указать) ☐ _____
_____

Подпись _____