

**АНКЕТА ПАЦИЕНТА**

Имя и фамилия:

Дата рождения:

Страна и город:

Ваш Вес (кг):

Ваш Рост (см):

**Опишите ваши жалобы на здоровье. Укажите максимально полно, используя простой лексикон, если Вы не имеете медицинского образования:**

**Какой диагноз Вам поставили врачи? Проходили ли Вы какие-нибудь обследования?**

**Расскажите о проведенном курсе лечения, включая медицинские препараты.**

**Если лечения не было, пропустите этот вопрос.**

**Есть ли у Вас наследственные болезни?**

**Есть ли у Вас аллергия?**

**Когда Вы планируете провести лечение?**

**Укажите вопросы, которые Вас волнуют:**

Укажите Ваш E-mail:

Сотовый телефон:

**Дата:**

***Телефон для справок*** +7-777-340-74-84 (Алматы)

+7-771-555-88-29 (Нур-Султан)

***сайт:*** <https://medsolution.clinic/>

**e-mail:** [info@medicalsolutiontour.com](mailto:info@medicalsolutiontour.com)

* **Марат Сарсенбеков -** Руководитель офиса в городе Алматы
* **Шолпан Есмухамбетова** - Руководитель офиса в городе Нур-Султан